

„Gaudeamus igitur?“ –

Prävalenz und Einflussfaktoren auf den Alkoholkonsum von Studierenden



Von der Fakultät für Lebenswissenschaften
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina
zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

genehmigte

D i s s e r t a t i o n

von Christian Hammerschmidt
aus Helmstedt

1. Referentin oder Referent:
2. Referentin oder Referent:
eingereicht am:
mündliche Prüfung (Disputation) am:

Professor Dr. Wolfgang Schulz
Professor Dr. Kurt Hahlweg
29.08.2011
21.11.2011

Druckjahr 2011

Vorveröffentlichungen der Dissertation

Teilergebnisse aus dieser Arbeit wurden mit Genehmigung der Fakultät für Lebenswissenschaften, vertreten durch den Mentor der Arbeit, in folgenden Beiträgen vorab veröffentlicht:

Tagungsbeiträge

Hammerschmidt, C., Heine, N. & Schulz, W.: Ergo bibamus! Alkoholkonsum und psychische Gesundheit von Studierenden. (Poster) Erster Deutscher Suchtkongress, Köln (2009).

Hammerschmidt, C., Heine, N. & Schulz, W.: Gaudeamus igitur? Alkoholkonsum und psychische Beeinträchtigungen von Studierenden. (Poster) 3. Deutscher Suchtkongress, Frankfurt am Main (2011).

Heine, N., Hammerschmidt, C. & Schulz, W.: Gaudeamus igitur? Psychische Belastungen und Alkoholkonsum von Studierenden. (Poster) Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin (2011).

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Konsumgewohnheiten alkoholischer Getränke in einer bislang wenig untersuchten Subpopulation, den Studierenden, zu untersuchen. Zu diesem Zweck wurden Prävalenzen bezüglich der Konsummenge, der Konsummuster, des Rauschtrinkens (Binge-Drinking) sowie alkoholbezogener Störungen, wie Missbrauch oder Abhängigkeit, ermittelt. Des Weiteren wurden spezifische mögliche Einflussfaktoren auf den Alkoholkonsum von Studierenden untersucht. Hierzu wurden demographische Faktoren, die Strukturen des Studiums, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Umstellung der Studienabschlüsse gemäß den Bologna-Beschlüssen, sowie allgemeine psychische Belastungen näher betrachtet.

Die Erhebung der Daten erfolgte im Jahr 2008 anhand einer Online-Befragung an 2.348 Studierenden dreier niedersächsischer Hochschulen, der TU Braunschweig, der HBK Braunschweig und der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel. Im Anschluss hieran wurde zur Güteabschätzung des Online-Fragebogens und zur spezifischeren Betrachtung pathologischer Trinkmuster und psychischer Auffälligkeiten ein strukturiertes klinisches Interview mit 72 Teilnehmern des Online-Fragebogens durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen einen deutlich erhöhten Alkoholkonsum: Nur 10,2% der Studierenden gaben bezogen auf die letzten 30 Tage an, abstinent zu sein, 70,8% tranken risikoarm. 19% konsumierten Alkohol in einem mindestens riskanten Maße. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch im Rauschtrinken wider: 34,9% der Studierenden waren Binge-Drinker, weitere 14,5% sog. Heavy User, die sich fünf oder mehr Tage pro Monat rauschmäßig betranken. Nach Auswertung eines Alkoholismus-Screening-Verfahrens (CAGE) betrieben 30,3% mindestens missbräuchlichen, wenn nicht abhängigen Konsum.

Die Ergebnisse decken deutlich andere Konsummuster als in der Normalbevölkerung auch gleichen Alters auf. Als Gründe scheinen jedoch weniger interne Bedingungen, wie Coping bei Depressivität oder Ängstlichkeit, sondern vielmehr sozialmotivierte Faktoren eine Rolle zu spielen, die sich zum Teil sogar positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Weitere Erklärungsmuster werden abschließend diskutiert.

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS.....	I
I. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
II. TABELLENVERZEICHNIS	IV
1. EINLEITUNG	1
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	5
2.1 KULTURGESCHICHTE, KONSUM UND UMGANG MIT ALKOHOL	6
2.2 PHYSIOLOGISCHER HINTERGRUND DES ALKOHOLKONSUMS	8
2.3 KLASSIFIKATIONEN ALKOHOLBEDINGTER STÖRUNGEN	10
2.3.1 Begriff „Sucht“	10
2.3.2 Abhängigkeit im Allgemeinen.....	10
2.3.3 Missbrauch im Allgemeinen	11
2.3.4 Abgrenzung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit	11
2.3.5 Alkoholmissbrauch	12
2.3.6 Alkoholabhängigkeit.....	12
2.3.7 Typologien der Alkoholabhängigkeit.....	13
2.3.8 „Binge-Drinking“.....	14
2.3.9 Risikoarmer Konsum, riskanter Konsum und Hochkonsum	15
2.4 FAKTEN UND ZAHLEN – EPIDEMIOLOGIE	16
2.4.1 Alkoholverbrauch.....	16
2.4.2 Trends im Alkoholkonsum – Ergebnisse der „Epidemiologischen Suchtsurveys“	17
2.4.3 Prävalenz Alkoholbezogener Störungen.....	20
2.4.4 Folgen des Alkoholkonsums.....	20
2.4.5 Alkoholbesteuerung.....	24
2.5 ALKOHOLKONSUM IN DER ADOLSCENZ UND IM FRÜHEN ERWACHSENENALTER	25
2.5.1 Epidemiologie zum Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen	26
2.5.2 Ursachen für Alkoholkonsum bei Jugendlichen	29
2.5.3 Protektive Faktoren	30
2.5.4 Familiäres Umfeld.....	31
2.5.5 Schulisches Umfeld	32
2.6 STUDIERENDE IN DEUTSCHLAND.....	33
2.6.1 Allgemeine Fakten zu Studierenden in Deutschland.....	33
2.6.2 Studierende und die Phase der Spätadoleszenz	37
2.6.3 Studium als Phase der Transition	40
2.6.4 Belastungen und Ressourcen im Studium.....	41
2.6.5 Gesundheit von Studierenden.....	42
2.6.6 Psychische Störungen bei Studierenden	43
2.7 ÜBERBLICK ÜBER BISHERIGE INTERNATIONALE FORSCHUNG ZU ALKOHOLKONSUM UNTER STUDIERENDEN	45
2.7.1 Epidemiologie studentischen Alkoholkonsums in den Vereinigten Staaten	45
2.7.2 Ursachen für Alkoholkonsum von Studierenden.....	47
2.7.3 Alkoholkonsum und Wohnsituation	48
2.7.4 Wechsel von Highschool zum College.....	49
2.7.5 Alkoholkonsum und studentische Verbindungen	49
2.7.6 Studentischer Alkoholkonsum und die Folgen	50
2.8 ÜBERBLICK ÜBER BISHERIGE NATIONALE FORSCHUNG ZU ALKOHOLKONSUM UNTER STUDIERENDEN	52
2.8.1 Studie von Bailer et al. (2009).....	52
2.8.2 Kölner Studie von Pauly (2004).....	53
2.8.3 Braunschweiger Studie von Hammerschmidt & Heine (2008).....	56
2.8.4 Gesundheitssurvey für Studierende in Nordrhein-Westfalen (2010).....	59

3. FRAGESTELLUNG	61
3.1 EINBETTUNG DER FRAGESTELLUNG	61
3.2 ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNG	63
3.2.1 Prävalenz	65
3.2.2 Demographische Faktoren und Alkoholkonsum	66
3.2.3 Studienstruktur, -zufriedenheit und Alkoholkonsum	67
3.2.4 Alkoholkonsum und psychischen Beeinträchtigung sowie substanzbedingter Verletzungen.....	68
4. METHODISCHES VORGEHEN	70
4.1 ERHEBUNG UND AKQUISE	70
4.2 STICHPROBE	73
4.2.1 Stichprobenbeschreibung der Online-Befragung.....	73
4.2.2 Stichprobenbeschreibung des Klinischen Interviews	73
4.2.3 Hochschulstruktur und angestrebte Abschlüsse	74
4.2.4 Studienfächer.....	75
4.2.5. Familiäre Strukturen.....	80
4.3 GÜTE DES ONLINE-FRAGEBOGENS.....	81
4.4 BESCHREIBUNG DER VERFAHREN.....	82
4.4.1 Verwendete Instrumente des Online-Fragebogen.....	83
4.4.2 Thematischer Aufbau des Fragebogens	88
4.4.3 Verwendetes Instrument des Klinischen Interviews	89
4.5 AUSWERTUNGSMETHODE	90
5. ERGEBNISSE	92
5.1 PRÄVALENZ.....	92
5.1.1 Analyse des alkoholischen Trinkverhaltens	92
5.1.2 Analyse und Prävalenz des Nikotinkonsums.....	105
5.2 DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN UND ALKOHOLKONSUM.....	108
5.2.1 Geschlechterunterschiede im Trinkverhalten	108
5.2.2 Zusammenhänge von Alter und Trinkverhalten	113
5.2.3 Zusammenhänge von Beziehungsstatus und Trinkverhalten	117
5.3 STUDIENSTRUKTUR, -ZUFRIEDENHEIT UND ALKOHOLKONSUM	123
5.3.1 Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Studienzufriedenheit.....	123
5.3.2 Zusammenhänge von Studienabschlüssen und Trinkverhalten.....	127
5.3.3 Zusammenhänge von Studienrichtung und Alkoholkonsum	135
5.4 ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN ALKOHOLKONSUM UND PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNG SOWIE SUBSTANZBEDINGTER VERLETZUNGEN	144
5.4.1 Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und psychischen Beeinträchtigungen.....	144
5.4.2 Alkoholassozierten Bagatelverletzungen als Frühindikator für Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit.....	148
6. DISKUSSION.....	151
6.1 PRÄVALENZ.....	152
6.2 DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN	157
6.3 STUDIENSTRUKTUR UND STUDIENZUFRIEDENHEIT	161
6.4 ALKOHOLKONSUM UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN.....	165
6.5 FORSCHUNGSPERSPEKTIVE UND LIMITATION.....	166
7. LITERATUR	168
8. ANHANG	184

I. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: VERTEILUNG DER TEILNEHMER DER BEFRAGUNG AUF DIE HOCHSCHULEN.....	74
ABBILDUNG 2: ANGESTREBTER/NÄCHST ERREICHBARER ABSCHLUSS.....	75
ABBILDUNG 3: THEMATISCHER AUFBAU DES ONLINE-FRAGEBOGENS	88
ABBILDUNG 4: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN) IN DER GESAMTSTICHPROBE	94
ABBILDUNG 5: ANZAHL TRINKFREIER INTERVALLE (IN TAGEN) DER GESAMTSTICHPROBE.....	97
ABBILDUNG 6: ANTEILE DER „BINGE-DRINKING“-KATEGORIEN DER GESAMTSTICHPROBE.....	98
ABBILDUNG 7: ANZAHL DER VOLLRAUSCHZUSTÄNDE IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN IN DER GESAMTSTICHPROBE	101
ABBILDUNG 8: VERÄNDERUNG DES ALKOHOLKONSUMS SEIT AUFNAHME DES STUDIUMS	104
ABBILDUNG 9: PRÄVALENZ DES NIKOTINKONSUMS IN DER STUDENTISCHEN STICHPROBE.....	105
ABBILDUNG 10: PRÄVALENZ DES NIKOTINKONSUMS IN DER STUDENTISCHEN STICHPROBE, GETRENNT NACH GESCHLECHT	107
ABBILDUNG 11: HÄUFIGKEIT DES BINGE-DRINKINGS IN DEN LETZTEN 30 TAGEN, GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN	115
ABBILDUNG 12: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS, BEZOGEN AUF DEN PARTNERSCHAFTSSTATUS	118
ABBILDUNG 13: MITTELWERTE DER ANZAHL DER VOLLRAUSCHTAGE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GETRENNT NACH PARTNERSCHAFTS-CLUSTERN.....	120
ABBILDUNG 14: MITTELWERTE DER HÄUFIGKEIT DES BINGE-DRINKING, BEZOGEN AUF DEN PARTNERSCHAFTSSTATUS	121
ABBILDUNG 15: MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT, BEZOGEN AUF DEN PARTNERSCHAFTSSTATUS	123
ABBILDUNG 16: ZUFRIEDENHEIT MIT AKTUELLEN STUDIENBEDINGUNGEN, GETRENNT NACH GESCHLECHT.....	124
ABBILDUNG 17: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN-CLUSTER), GETRENNT NACH ABSCHLUSS.....	129
ABBILDUNG 18: TRINKFREIE INTERVALLE, GETRENNT NACH ABSCHLUSS	130
ABBILDUNG 19: MITTELWERTE DER VOLLRAUSCHTAGE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GETRENNT NACH ABSCHLUSS	132
ABBILDUNG 20: MITTELWERTE DER HÄUFIGKEIT DES BINGE-DRINKING INNERHALB DER LETZTEN 30 TAGE, GETRENNT NACH ABSCHLUSS	133
ABBILDUNG 21: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN-CLUSTER), GETRENNT NACH STUDIENGANGS-CLUSTERN	137
ABBILDUNG 22: TRINKFREIE INTERVALLE, GETRENNT NACH STUDIENGANG-CLUSTERN.....	138
ABBILDUNG 23: MITTELWERTE DER VOLLRAUSCHTAGE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN GETRENNT NACH STUDIENGANGS-CLUSTERN	140
ABBILDUNG 24: MITTELWERTE DER HÄUFIGKEIT DES BINGE-DRINKING INNERHALB DER LETZTEN 30 TAGE, GETRENNT NACH STUDIENGANGS-CLUSTERN.....	141
ABBILDUNG 25: BINGE-DRINKING-KATEGORIEN, GETRENNT NACH B-L-CLUSTERN	147

II. TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: KONSUMKATEGORIEN – EINTEILUNG NACH GESCHLECHT.....	15
TABELLE 2: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN) – TRENDS 2000-2006 (PABST & KRAUS, 2008).....	19
TABELLE 3: HÄUFIGKEIT DES RAUSCHTRINKENS – TRENDS 2003-2009 (PABST & KRAUS, 2008; AUGUSTIN & KRAUS, 2005).....	19
TABELLE 4: KOMORBIDITÄTEN VON ALKOHOLABHÄNGIGKEIT/-MISSBRAUCH UND ANGST SOWIE DEPRESSION (12 MONATE); DATEN: EDSP (ZIMMERMANN, P., 2003, ZIT. NACH LIEB & ISENSEE, 2007, S. 35).....	23
TABELLE 5: HÄUFIGKEIT DES KONSUMS SPIRITUOSENHALTIGER ALCOPOPS UNTER JUGENDLICHEN 2004-2007 (ANGABEN IN PROZENT) (BZGA, 2007).	25
TABELLE 6: KONSUMKATEGORIE, GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN (PABST ET AL., 2008).....	27
TABELLE 7: BINGE-DRINKING UNTER JUNGEN ERWACHSENEN (18-29 JAHRE) 2008/09 (ANGABEN IN PROZENT) (ROBERT-KOCH- INSTITUT, 2010).....	28
TABELLE 8: ALKOHOLMISSBRAUCH UND -ABHÄNGIGKEIT – KÖLNER STUDIE (PAULY, 2004) (ANGABEN IN PROZENT).....	55
TABELLE 9: VERGLEICH DER VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN) DES EPIDEMIOLOGISCHEN SUCHTSURVEYS MIT DENEN DER BRAUSCHWEIGER STUDIE VON 2006/07 (HAMMERSCHMIDT & HEINE, 2008).....	57
TABELLE 10: ALKOHOLISMUS-SCREENING (CAGE) – VERGLEICH BRAUNSCHWEIGER UNTERSUCHUNG 2006/07 MIT DEM EPIDEMIOLOGISCHEN SUCHTSURVEY 2003 (VGL. HAMMERSCHMIDT & HEINE, 2008).....	58
TABELLE 11: „BINGE-DRINKING“-KATEGORIEN, GETRENNT NACH ANGESTREBTEM ABSCHLUSS IN DER BRAUNSCHWEIGER UNTERSUCHUNG VON 2006/07 (HAMMERSCHMIDT & HEINE, 2008).....	58
TABELLE 12: TRINKVERHALTEN VON STUDIERENDEN IN NRW 2006/07 (ANGABEN IN PROZENT) (HELMER, MIKOLAJCZYK, MEIER & KRÄMER, 2010).....	59
TABELLE 13: VERTEILUNG DER STUDIERENDEN NACH STUDIENGANGCLUSTERN UND BEFRAGUNGSMODUS.....	80
TABELLE 14: PARTNERSCHAFTSSTATUS IN DER STUDENTISCHEN STICHPROBE, GETRENNT NACH GESCHLECHT.....	81
TABELLE 15: VERGLEICH ERGEBNIS DES CAGE IN DER ONLINE-BEFRAGUNG MIT DER DIAGNOSE EINES ALKOHOLMISSBRAUCHS BZW. EINER -ABHÄNGIGKEIT IM KLINISCHEN INTERVIEW.....	82
TABELLE 16: KONSUMKATEGORIEN – EINTEILUNG NACH GESCHLECHT.....	93
TABELLE 17: VERGLEICH DER VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN) DES EPIDEMIOLOGISCHEN SUCHTSURVEYS 2006 MIT DENEN DEN BRAUSCHWEIGER UNTERSUCHUNGEN VON 2006/07 UND 2008 (ANGABEN IN PROZENT).....	95
TABELLE 18: KONSUMKATEGORIEN, GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN (ANGABEN IN PROZENT).....	96
TABELLE 19: HÄUFIGKEITSVERTEILUNG VON RAUSCHTRINKEN BEZOGEN AUF KONSUMKATEGORIEN.....	99
TABELLE 20: VERGLEICH BINGE-DRINKING – BRAUNSCHWEIGER UNTERSUCHUNGEN 2008 (HAMMERSCHMIDT, 2011), 2006/07 (HAMMERSCHMIDT & HEINE, 2008), EPIDEMIOLOGISCHER SUCHTSURVEY 2006 (PABST & KRAUS, 2008).....	100
TABELLE 21: MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT. VERGLEICH BRAUNSCHWEIGER STUDIE MIT EPIDEMIOLOGISCHEM SUCHTSURVEY UND DER VORUNTERSUCHUNG VON 2006/07.....	103
TABELLE 22: MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT. VERGLEICH BRAUNSCHWEIGER STUDIE MIT EPIDEMIOLOGISCHEM SUCHTSURVEY – BEZOGEN AUF ALTERSGRUPPEN.....	103
TABELLE 23: „BINGE-DRINKING“-KATEGORIEN GETRENNT NACH CAGE-CLUSTERN.....	103
TABELLE 24: PRÄVALENZ DES NIKOTINKONSUMS – VERGLEICH SUCHTSURVEY MIT STUDENTISCHER STICHPROBE.....	106
TABELLE 25: PRÄVALENZ DES NIKOTINKONSUMS – VERGLEICH SUCHTSURVEY MIT STUDENTISCHER STICHPROBE, GETRENNT NACH GESCHLECHT.....	106
TABELLE 26: PRÄVALENZ DES NIKOTINKONSUMS NACH ALTERSGRUPPEN (ANGABEN IN PROZENT).....	108
TABELLE 27: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN), GETRENNT NACH GESCHLECHT.....	109
TABELLE 28: GESCHLECHTERVERGLEICH DER VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN) DES EPIDEMIOLOGISCHEN SUCHTSURVEYS MIT DER BRAUNSCHWEIGER STUDIE (ANGABEN IN PROZENT).....	110
TABELLE 29: TRINKFREIE INTERVALLE (IN TAGEN ≤ 30), GETRENNT NACH GESCHLECHT.....	110
TABELLE 30: „BINGE-DRINKING“-KATEGORIEN, GETRENNT NACH GESCHLECHT.....	112
TABELLE 31: CAGE-KATEGORIEN, GETRENNT NACH GESCHLECHT.....	112
TABELLE 32: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS NACH ALTERSGRUPPEN (ANGABEN IN PROZENT).....	113
TABELLE 33: TRINKFREIE INTERVALLE (IN TAGEN), GETRENNT NACH ALTERSKATEGORIEN.....	114
TABELLE 34: VOLLRAUSCHZUSTÄNDE DER LETZTEN 12 MONATE, GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN.....	114
TABELLE 35: BINGE-DRINKING-KATEGORIEN, GETRENNT NACH ALTERSGRUPPEN.....	116
TABELLE 36: MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT, BEZOGEN AUF ALTERSGRUPPEN.....	116
TABELLE 37: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS, BEZOGEN AUF DEN PARTNERSCHAFTSSTATUS.....	117
TABELLE 38: TRINKFREIE INTERVALLE (IN TAGEN), GETRENNT NACH PARTNERSCHAFTSSTATUS.....	119
TABELLE 39: VOLLRAUSCHZUSTÄNDE DER LETZTEN 12 MONATE, GETRENNT NACH PARTNERSCHAFTSSTATUS.....	119

TABELLE 40: BINGE-DRINKING-KATEGORIEN, BEZOGEN AUF DEN PARTNERSCHAFTSSTATUS	122
TABELLE 41: KORRELATIONSMATRIX – STUDIENBEDINGUNGEN UND VARIABLEN ZU ALKOHOLKONSUM	126
TABELLE 42: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN), BEZOGEN AUF DEN ANGESTREBTEN/NÄCHST ERREICHBAREN ABSCHLUSS.....	128
TABELLE 43: ANZAHL VOLLRAUSCHTAGE (LETZTE 12 MONATE), GETRENNT NACH ANGESTREBTEM ABSCHLUSS	131
TABELLE 44: „BINGE-DRINKING“-KATEGORIEN, GETRENNT NACH ANGESTREBTEM ABSCHLUSS	134
TABELLE 45: MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT, BEZOGEN AUF ABSCHLUSS	135
TABELLE 46: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN), GETRENNT NACH STUDIENGANG-CLUSTER	136
TABELLE 47: ANZAHL DER VOLLRAUSCHTAGE INNERHALB DER LETZTEN ZWÖLF MONATE, GETRENNT NACH STUDIENGANGS-CLUSTERN	139
TABELLE 48: KONSUM-KATEGORIEN BZGL. BINGE-DRINKING, GETRENNT NACH STUDIENGANGS-CLUSTERN.....	142
TABELLE 49: MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT, BEZOGEN AUF DEN STUDIENGANGS-CLUSTER	143
TABELLE 50: VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN) MIT DURCHSCHNITTlichen HADS-D-, HADS-A- UND B-L- SUMMENScores	145
TABELLE 51: KORRELATION ZWISCHEN ALKOHOLKONSUM UND DEPRESSIVITÄT, ÄNGSTLICHKEIT UND SOMATISIERUNG.....	146
TABELLE 52: VERTEILUNG DER „BINGE-DRINKING“-KATEGORIEN MIT DURCHSCHNITTlichen B-L-, HADS-DEPRESSIVITÄTS- UND HADS-ÄNGSTLICHKEITS-SUMMENScores	147
TABELLE 53: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN CAGE-KATEGORIEN UND VERLETZUNGEN UNTER ALKOHOLEINFLUSS.....	149
TABELLE 54: ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN CAGE-KATEGORIEN UND VERLETZUNGEN UNTER ALKOHOLEINFLUSS MIT KRANKENHAUSAUFENTHALT	150

1. EINLEITUNG

MEUM EST PROPOSITUM

MEUM EST PROPOSITUM IN TABERNA MORI

UBI VINA PROXIMA MORIENTIS ORI.

TUNC CANTABUNT LAETIUS ANGELORUM CHORI:

DEUS SIT PROPITIUS ISTI POTATORI, ISTI POTATORI.

Archipoeta

*(Mein Vorsatz ist es, in der Schenke zu sterben,
Wo der Wein dem Munde des Sterbenden nahe ist;
Freudiger werden dann die Chöre der Engel singen:
„Gott sei diesem Trinker, diesem Trinker gnädig.“)*

Meum est propositum in taberna mori ist der Titel eines der wohl ältesten Studentenlieder und bedeutet so viel wie „Mein Vorhaben ist es, in der Kneipe zu sterben“. Es wurde um das Jahr 1163 vom mittelalterlichen Dichter Archipoeta verfasst. Auch wenn dieses Trinklied in der Gegenwart nicht mehr den Bekanntheitsgrad genießt wie beispielsweise Goethes „Ergo bibamus“ aus dem Jahre 1810, so ist es – auch heute noch – in jedem Kommersbuch verzeichnet¹. Es macht deutlich, dass der Alkoholkonsum von Studierenden bereits im Mittelalter thematisch behandelt wurde. Darüber hinaus wies der Text auch schon damals, zumindest indirekt, auf die möglichen Folgen eines übermäßigen Alkoholkonsums hin. Nicht nur in diesem studentischen Trinklied, sondern auch in vielen anderen, werden Themen, die für viele junge Menschen während ihres Studiums von Bedeutung sind, reflektiert. Hierzu zählt auch das Trinken von Alkohol, zumeist im sozialen Kontext. Die poetische Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum im studentischen Milieu überdauerte hierbei die Zeit. Sie stand, wie zu sehen ist, bereits im Mittelalter bisweilen im Fokus, erlebte im 19. Jahrhundert im Zuge der deutschen Studentenbewegung einen Höhepunkt und kann auch heute noch, insbesondere in Burschenschaften und Verbindungen, beim Singen studentischen Liedgutes erlebt werden.

Die wiederkehrende und zeitüberdauernde Verarbeitung des Themas Alkoholkonsum in studentischen Liedern macht deutlich, dass bestimmte Trinksitten seit langer Zeit Bestandteil

¹ Nähere Informationen können unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Studentenlied#Trinklieder> abgerufen werden.

der studentischen Kultur sind. Dabei scheint der Alkoholkonsum nicht nur auf Verbindungsstudierende und so genannte Burschenschaftler beschränkt, sondern vielmehr ein globales Thema im studentischen Milieu zu sein.

Dass dieses so ist, zeigen Studien im In- und Ausland, die sich mit dem Thema Alkoholkonsum bei Studierenden näher beschäftigten. Vor allem amerikanische Untersuchungen konnten bereits vor mehr als zwei Jahrzehnten nachweisen, dass ein bisweilen problematischer Alkoholkonsum Teil der gesamtstudentischen Kultur ist. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass ein mehr oder weniger regelmäßiger rauscherzeugender Alkoholkonsum unter Studierenden weit verbreitet ist, und hier zum Teil jeden Zweiten betrifft.

Rauschtrinken, auch „Binge-Drinking“ genannt, zeigt sich jedoch nicht als Phänomen, das auf Studierende in den Vereinigten Staaten beschränkt ist. Untersuchungen auf nationaler oder europäischer Ebene konnten derartige Verhaltensweisen auch in Deutschland und anderen europäischen Staaten nachweisen, wenngleich sich dem Thema hierzulande bislang nur in wenigen wissenschaftlichen Untersuchungen explizit angenommen wurde.

Die Entwicklung, sich zunehmend mit der Subpopulation der Studierenden und insbesondere mit ihrem Alkoholkonsum zu beschäftigen, erfolgte auch vor dem Hintergrund zahlreicher Medienberichte im Zusammenhang von exzessivem Alkoholkonsum unter Jugendlichen und Heranwachsenden. Da sich die wissenschaftliche Datenlage bzgl. dieses Themas noch immer als dürftig herausstellt, soll die vorliegende Untersuchung weiter zur Aufklärung des studentischen Konsumverhaltens dienen und hierdurch mögliche Zusammenhänge zu erklären versuchen.

Dieses scheint insbesondere deshalb von Bedeutung, da es in den vergangenen Jahren im Zuge der Umsetzung der Bologna-Beschlüsse, mit der Umstellung der herkömmlichen Studienabschlüsse hin zu Bachelor und Master, zu weitreichenden Veränderungen in der Studienlandschaft und damit auch im Studium selbst gekommen ist. In diesem Zusammenhang werden oft erhebliche Belastungen genannt, die Auswirkungen auch auf den Konsum alkoholischer Getränke haben könnten und somit indirekt auch das Studium selbst möglicherweise beeinflussen.

Zur Einführung und zur besseren Verständlichkeit soll dem Leser zunächst in Kapitel 2 ein Überblick über die Grundlagen des Themenkomplexes Alkohol gegeben werden. Hierzu werden im Abschnitt 2.1 kulturgeschichtliche Hintergründe zum Alkoholkonsum erläutert

und in Abschnitt 2.2 die physiologischen Prozesse im menschlichen Körper bei der Verstoffwechselung erklärt.

Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit pathologischem Konsum, wie *Missbrauch*, *Sucht* und *Abhängigkeit*, sowie bestimmten Trinkmustern, wie *Binge-Drinking* und *Heavy Using*, werden daraufhin in Abschnitt 2.3 definiert. Anschließend soll auf die Epidemiologie des Alkoholkonsums in Deutschland im Allgemeinen (Abschnitt 2.4) und in Bezug auf Jugendliche und junge Erwachsenen im Besonderen (Abschnitt 2.5) eingegangen werden.

Im Folgenden Abschnitt 2.6 soll das studentische Leben in Deutschland näher beleuchtet werden. Hierbei werden die besondere Situation der Studierenden und die daraus resultierenden Folgen dargestellt. Hierzu zählt auch ein besonderer Blick auf das Trinkverhalten von Studierenden, daher soll in Abschnitt 2.7 und 2.8 ein Überblick über bisherige internationale und nationale Forschungsergebnisse zu diesem Thema gegeben werden.

Im Anschluss an die theoretischen Vorüberlegungen in Kapitel 2 soll in Kapitel 3 die Entwicklung, Begründung und Präzisierung der Fragestellung dargestellt werden. Darüber hinaus werden die untersuchungsleitenden Fragestellungen und Hypothesen formuliert und vor dem Hintergrund bisheriger Forschungsergebnisse näher erläutert.

In Kapitel 4 soll auf das methodische Vorgehen eingegangen werden. Hierzu zählen die Erhebung und Akquise in Abschnitt 4.1, die Stichprobenbeschreibung im Abschnitt 4.2, die Analyse der Güte des Erhebungsinstrumentes (Online-Fragebogen) in Abschnitt 4.3, die Beschreibung der einzelnen Elemente des Fragebogens in Abschnitt 4.4 sowie abschließend die Erläuterung der Auswertungsmethode (Abschnitt 4.5).

Im Kapitel 5 werden darauf folgend die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung dargestellt. Hierbei werden, gemäß der Fragestellung, die allgemeinen Prävalenzzahlen zu bestimmten Konsummustern in der studentischen Stichprobe in Abschnitt 5.1 präsentiert. In Abschnitt 5.2 werden die Ergebnisse zu demographischen Einflussgrößen, in Abschnitt 5.3 zu Einflussfaktoren aus dem Kontext Studium aufgezeigt. Abschließend erfolgt in Abschnitt 5.4 die Ergebnispräsentation bezogen auf mögliche Zusammenhänge von Alkoholkonsum und psychischen Belastungen.

Abschließend werden in Kapitel 6 die Ergebnisse noch einmal näher interpretiert und hinsichtlich ihrer Aussagen diskutiert. Ferner soll der letzte Abschnitt dazu dienen, weitere Forschungsperspektiven aufzuzeigen und Forschungsansätze bereit zu stellen.

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer gemeinschaftlichen Untersuchung mit Frau Nora Heine. Untersuchungsgegenstand ist der Alkoholkonsum sowie die psychische Gesundheit von Studierenden an drei deutschen Hochschulen, der Technischen Universität (TU) Braunschweig, der Fachhochschule (FH) Braunschweig/Wolfenbüttel (Ostfalia) und der Hochschule für Bildende Künste (HBK) Braunschweig. Vorausgehend war die gemeinsam erstellte Diplomarbeit (Hammerschmidt & Heine, 2008), in der anhand einer studentischen Stichprobe von 316 Personen erste Ergebnisse zu Konsumgewohnheiten von Alkohol sowie zum Vorliegen psychischer Belastung dargestellt werden konnten. Somit kann die Diplomarbeit als Voruntersuchung für die vorliegende Untersuchung verstanden werden, auf deren Ergebnisse Bezug genommen wird.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt dabei auf der Erhebung und Auswertung des studentischen Alkoholkonsums. In der Dissertation von Nora Heine (2011) liegt der Fokus auf der detaillierten Betrachtung der psychischen Belastungen von Studierenden. Die Daten beider Arbeiten wurden gemeinschaftlich mit Hilfe eines Online-Fragebogens erhoben. Aufgrund dessen sind einige Abschnitte beider Arbeiten, die für jeweils beide Schwerpunktsetzungen gleichsam relevant waren, identisch oder in Teilen identisch; eine Kennzeichnung dessen erfolgt jeweils zu Beginn der entsprechenden Absätze. Des weiteren wird im Verlauf wiederholt auf die Arbeit sowie die Ergebnisse der Arbeit von Heine (2011) Bezug genommen oder darauf verwiesen.

**WEG, WEG MIT WÜNSCHEN, REIMEN, SCHWÄNKEN!
TRINKT FLEIßIG, ABER TRINKET STILL!
WER WIRD AN DIE GESUNDHEIT DENKEN, WENN MAN DIE GLÄSER LEEREN WILL?**

G. E. Lessing

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

Diese Studie dient dazu, einen Überblick über den Konsum von Alkohol unter Studierenden zu geben. Daher soll zunächst eine Übersicht über relevante Aspekte zum Thema dargestellt werden. In der Untersuchung von Hammerschmidt und Heine (2008), die die Voruntersuchung zu dieser Studie darstellt, wurden unter einer ähnlichen Fragestellung viele Aspekte des theoretischen Hintergrundes bereits ausführlich beleuchtet und sollen daher unter Hinzunahme neuester Forschungsergebnisse auch in diesem Kapitel Verwendung finden (vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008).

Zunächst soll in diesem Kapitel ein kulturhistorischer Überblick zum Konsum von Alkohol gegeben werden, um anschließend die physiologischen Prozesse im menschlichen Organismus näher zu betrachten.

Als schwerste Verlaufsfolgen des fortgesetzten Alkoholkonsums zählen der Missbrauch und schließlich die Abhängigkeit. Die Versuche der Definition zur Einteilung in gebräuchliche Klassifikationssysteme sowie in eine Typologie der Abhängigkeit sollen daraufhin kurz dargestellt werden.

Anschließend wird die Epidemiologie des Alkoholkonsums in Deutschland anhand aktueller Zahlen präsentiert, auch um diese Daten später mit der studentischen Stichprobe vergleichen zu können. Ebenso werden die Folgen eines fortgesetzten Alkoholkonsums – und insbesondere des missbräuchlichen – im weiteren näher erläutert.

Da sich Studierende, zumindest bei Aufnahme ihres Studiums, zumeist in einer Phase zwischen später Adoleszenz und frühem Erwachsensein befinden, sollen auch der Alkoholkonsum im Jugendalter sowie altersbezogene Vulnerabilitäts- und Resilienzfaktoren beschrieben werden. Schließlich soll auf die untersuchte Gruppe der Studierenden und deren soziale Situation eingegangen sowie ein Überblick über bisherige Forschung zum Thema Alkoholkonsum unter Studierenden gegeben werden.

2.1 KULTURGESCHICHTE, KONSUM UND UMGANG MIT ALKOHOL

Menschen entdeckten bereits in vorhistorischer Zeit den Alkohol und seine Wirkung. So unterbindet er beispielsweise die Entwicklung und Vermehrung unerwünschter Verderbnisorganismen und diente somit als biologisches Konservierungsmittel. Allerdings besitzt Alkohol neben dieser konservierenden und desinfizierenden, eine beim Verzehr psychotrope Wirkung, die sich die Menschen bereits früher Kulturen zunutze machten. Sie berauschten sich, nutzten die entspannende und enthemmende Wirkung und lernten, Alkohol eigenständig durch die Vergärung von Kohlenhydraten, meist auf der Basis von Getreide oder Datteln, herzustellen. Obwohl nur wenige Quellen aus vorhistorischer Zeit von übermäßigem Alkoholkonsum und Rauschzustände berichten, scheinen solche Phänomene eher negativ beurteilt worden zu sein (Schmidt, 1997; Hammerschmidt & Heine, 2008).

Spätere, antike Quellen zeigen oft eine ambivalente Einstellung gegenüber dem Konsum von Alkohol. So wurde beispielsweise im alten Ägypten Trunkenheit abgelehnt bzw. nur bei religiösen Festen gestattet. Im antiken Griechenland und später auch im Römischen Reich hingegen wurde Alkohol zur Erhöhung der Stimmung und als Mittel zur Kontaktaufnahme genutzt, bisweilen wurden auch ausschweifende Trinkgelage (*Symposien*) als Dionysos-Kult durchgeführt (Schmidt, 1997). Allerdings gab es auch gegensätzliche Auffassungen, und es wurde vor den negativen Folgen übermäßigen Trinkens gewarnt. Dies bezüglich finden sich bereits antike und biblische Quellennachweise, wie beispielsweise bei Platon und Cicero sowie bei Jeremia und Paulus (Kemper, 2008).

Auch im Mittelalter und bis in die frühe Neuzeit wurde in Europa Alkohol getrunken – zum Teil auch in großen Mengen, wobei diese ausschweifenden Trinksitten eher privilegierten Personen vorbehalten waren. So berichten Chroniken des 15. und 16. Jahrhunderts über die mit größter Verschwendung und Pracht gefeierten Trinkfeste an den aristokratischen Höfen, die sich bis ins 19. Jahrhundert fortsetzten. So entstand beispielsweise in England gegen Ende des 18. Jahrhunderts die Redewendung „betrunken wie ein Lord“ (Phillips, 2001, S. 178).

Die Erkenntnis, übermäßigen Alkoholkonsum nicht nur als Laster sondern vielmehr als Krankheit zu betrachten, erfolgte jedoch historisch betrachtet erst in jüngerer Zeit. Nachdem zuvor „Trunksucht“ als persönliche Vorliebe galt, beschrieb als erster der amerikanische Arzt Benjamin Rush im Jahre 1774 *Alkoholismus* als eine „Krankheit des Willens“. Hierdurch wurden die Folgen eines pathologischen Alkoholkonsums sowie der Alkoholismus als solches erstmals in den Fokus medizinischer und psychologischer Betrachtungen gerückt (Lin-

denmeyer, 2005; Kemper, 2008). Im Zuge dessen wurde 1851 die erste deutsche „Trinkerheilanstalt“ eröffnet (Gemeinhardt, 2005).

Im weiteren historischen Verlauf wurden zahlreiche neue Erkenntnisse durch explizite Forschung dazu gewonnen, die einen immer genaueren und differenzierteren Blick auf den Alkoholkonsum und insbesondere dessen Missbrauch und seine Folgen zuließen. Zusammenfassend zeigen die gegenwärtigen Forschungsergebnisse nicht einen auslösenden Faktor sondern vielmehr verschiedene Ursachenbündel für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (Hammerschmidt & Heine, 2008).

Wie bereits in der Vergangenheit ist auch in der Gegenwart der Umgang mit Alkohol als Konsumgut sowie die Art und Weise seines Konsums stark von vorherrschenden gesellschaftlichen Sitten, Normen und Werten geprägt. Es ergibt sich bei genauer Betrachtung nahezu ein Kontinuum, welches von völliger Ächtung bis hin zu Trinkgeboten reicht. Während es Kulturkreise und Religionsgemeinschaften gibt, die Alkoholkonsum ablehnen oder völlig verbieten, zeigen sich andere, die den Gebrauch billigen oder ihn in bestimmten gesellschaftlichen Kontexten sogar erwarten. Die impliziten Regeln, ob, und wenn ja, in welchem Umfang der Konsum angemessen ist, variieren allerdings auch innerhalb einer Gesellschaft stark, so dass klare und allgemeingültige Maßstäbe fehlen (vgl. Schmidt, 1997; Stimmer, 2000). Selbst gesetzliche Bestimmungen bieten hier nur eine vage Richtschnur: So ist beispielsweise in Deutschland der Genuss alkoholischer Getränke erst ab einem Alter von 16 Jahren gestattet, der jedoch bei bestimmten Anlässen, wie zum Beispiel einer Konfirmation, auch bereits früher – zumindest gesellschaftlich – geduldet, wenn nicht bisweilen sogar auch hier schon erwartet wird (Hammerschmidt & Heine, 2008).

Alles in allem unterliegen Trinksitten und Einstellungen zum Alkohol hierzulande steter Veränderung. Das wird deutlich, wenn man das Konsumverhalten betrachtet: Noch vor einigen Jahren war es in zahlreichen Branchen üblich, auch während der Arbeitszeit alkoholhaltige Getränke zu sich zu nehmen, so beispielsweise im produzierenden oder im Baugewerbe, aber auch sogar bei Feuerwehren. Dieses Verhalten ist auch aufgrund strengerer Vorschriften und Bestimmungen sowie einer veränderten Sichtweise stark rückläufig, was sich auch insgesamt im Alkoholverbrauch widerspiegelt: Nach der Gründung der Bundesrepublik ließ sich ein stetiger Anstieg des Pro-Kopf-Konsums feststellen, der jedoch seit den 1980er Jahren rückläufig ist (Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010; Mefert-Diete, 2009).

Dennoch spielt Alkoholkonsum nach wie eine große gesellschaftliche Rolle, so dass der Konsument, hält er sich an bestimmte, implizite gesellschaftliche Normen, keine negativen Kon-

sequenzen zu befürchten hat. Es zeigt sich, dass es bei vielen gesellschaftlichen Anlässen nicht nur gebilligt wird, Alkohol zu trinken, sondern es vielmehr „zum guten Ton“ dazu gehört, mit einem Glas Sekt anzustoßen. Hierbei scheint eher der *Nicht*-Konsum denn der Konsum auf Überraschung zu stoßen, bei dem sich der Nicht-Konsument bisweilen auf besorgte Nachfragen über die Gründe rechtfertigen muss (Hammerschmidt & Heine, 2008).

Bei sozialen, insbesondere geselligen Zusammenkünften dient der Alkoholkonsum somit als „Kommunikationskatalysator“ und fördert so die sozialen Beziehungen untereinander (vgl. Schmidt, 1997).

Vor diesem Hintergrund lässt sich somit auch der Alkoholkonsum unter Studierenden in dieses Bild einordnen. Auch hier dient Alkohol mittels seiner Wirkungsweise im menschlichen Organismus als „Stimmungsverbesserer“ und „Kommunikationskatalysator“, verbessert somit die Chancen des gegenseitigen Kennenlernens und dient der Gruppenkohäsion. Als Nicht-Konsument hat man auch in diesem Milieu oftmals den Druck, sich dessen rechtfertigen zu müssen (Hammerschmidt & Heine, 2008).

Hier, wie in der übrigen Gesellschaft gilt jedoch: Das positive Bild des Alkoholkonsumenten ändert sich, wenn so übermäßig getrunken wird, dass hieraus ein Problem- oder Abhängigkeitsverhalten resultiert. Große Teile der Gesellschaft reagieren nun mit Unverständnis, Hilflosigkeit und Tabuisierung oder schließlich mit gesellschaftlicher Ablehnung (Hammerschmidt & Heine, 2008; vgl. Schmidt, 1997).

2.2 PHYSIOLOGISCHER HINTERGRUND DES ALKOHOLKONSUMS

Zunächst soll jedoch im Folgenden auf den physiologischen Verarbeitungsprozess im menschlichen Organismus eingegangen werden, da dieser die Grundlage zur Erklärung des Konsums und damit der Wirkung darstellt (vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008).

Ethanol (chem. C_2H_5OH), auch als Ethylalkohol bezeichnet, entsteht durch Vergärung von Zucker oder zuckerhaltiger Flüssigkeiten. Es wird zum einen als Lösungs-, Konservierungs- und Desinfektionsmittel oder als Brenn-, bzw. Kraftstoff verwendet. Zum anderen wird Ethanol, – welcher umgangssprachlich mit *Alkohol* gleichgesetzt wird – meist in Form wässriger Lösung, als Getränk, Genuss- und Rauschmittel konsumiert. In hohen Dosen wirkt es allerdings aufgrund seiner zytotoxischen Eigenschaften tödlich (Schmidt, 1997).

Ethanol kann als wasserlösliches Molekül in jedes Körpergewebe eindringen. Wenn eine Person Alkohol zu sich nimmt, diffundiert dieser innerhalb kürzester Zeit in die Blutbahn.

Zunächst werden durch Mundschleimhäute und Speiseröhre nur geringe Mengen resorbiert. Im Magen werden rund 20 Prozent aufgenommen; der Rest, und damit der Großteil, durch den Dünndarm. Die Aufnahme führt zu einem schnellen Anstieg der Blutalkoholkonzentration, die bereits Minuten nach dem Konsum nachweisbar ist. Die Diffusionsgeschwindigkeit des Körpers ist allerdings individuell unterschiedlich und abhängig von verschiedenen Faktoren, wie der Alkoholkonzentration sowie der Menge der konsumierten Getränke, der Quantität und Qualität des bestehenden Mageninhalts, der Entleerungsgeschwindigkeit des Magens, dem Ausmaß der Magen-Darm-Trakt-Bewegung sowie der bestehenden Durchblutung der Schleimhäute (Schmidt, 1997).

Der aufgenommene Alkohol wird im Körper zu 95-98 Prozent enzymatisch zu Wasser und Kohlenstoffdioxid verstoffwechselt. Dies geschieht durch drei verfügbare Enzym-Abbausysteme. Zumeist beginnt die dreiphasige Verstoffwechselung des Alkohols in der Leber: Hier wird Ethanol durch das Enzym *Alkoholdehydrogenase* zu Azetaldehyd oxidiert. Dabei ist der „Arbeitsverlauf“ der Alkoholdehydrogenase individuell verschieden. Es zeigen sich auch ethnische Unterschiede hinsichtlich der Abbaurate, da es kein einheitliches Enzym ist und einer relativ großen Varianz unterliegt (Schmidt, 1997).

Im Fall von sehr hohen Alkoholdosen, bzw. bei chronischem Abusus ist darüber hinaus das mikrosomale ethanoxidierende System (MEOS), welches sich im Endoplasmatischen Retikulum der Leberzellen befindet, beim Stoffwechsel beteiligt. Zudem scheint hier auch Katalase von Bedeutung zu sein (Schmidt, 1997).

Im zweiten Schritt oxidiert Azetaldehyd mittels des Enzyms *Aldehyddehydrogenase* zu Essigsäure bzw. Azetat, welches schließlich in einem weiteren Oxidierungsprozess zu Wasser und Kohlenstoffdioxid abgebaut wird (Schmidt, 1997).

Genauer zu den biochemischen Prozessen des Alkoholabbaus kann u.a. bei Schmidt (1997) nachgelesen werden.

Von außen betrachtet geht der Konsum alkoholischer Getränke mit einer Vielzahl psychischer Reaktionen einher, die durch die Einwirkung des Stoffes auf nahezu alle Neurotransmittersystem bedingt ist. Wesentlich sind in höheren Konzentrationen sedierende bis hypnotisch-anästhesierende, in niedrigeren Konzentrationen anxiolytische, euphorisierende und enthemmende Effekte. Diese ergeben sich auch durch die Aktivierung von Strukturen des Frontalhirns, welche auf Belohnung reagieren und Glücksgefühle auslösen (Scheurich & Brokate, 2009). Diese positiven Effekte können zur Fortführung des Konsums und im

Verlauf auch zu Dosissteigerungen führen. Es setzt eine Gewöhnung auf die Droge Alkohol ein, die mit hirnpfysiologischen Veränderungen einhergeht und schließlich zu einer körperlichen Abhängigkeit führen kann. Näheres zu den neuropsychologischen Prozessen kann u.a. bei Scheuerich und Brokate (2009) nachgesehen werden.

2.3 KLASSIFIKATIONEN ALKOHOLBEDINGTER STÖRUNGEN

Der kommende Abschnitt dient der Definition verschiedener Begrifflichkeiten, die bei der Klassifikation von Störungen im Zusammenhang mit Substanzkonsum allgemeine Verwendung finden und von denen auch im Verlauf der vorliegenden Arbeit Gebrauch gemacht wird. Hierbei soll des weiteren auch auf die Differenzierung verschiedener Störungsbilder im Kontext mit Alkoholkonsum in international gebräuchlichen Klassifikationssystemen eingegangen werden.

2.3.1 BEGRIFF „SUCHT“

Sucht wird durch vier Kriterien charakterisiert (vgl. Singer & Teyssen, 2002):

- unbezwingbares Verlangen zum Konsum und der Beschaffung des Stoffes
- Dosissteigerung
- psychische und physische Abhängigkeit des Betroffenen und
- Folgeschäden, sowohl für den Konsumenten als auch für das soziale Umfeld.

Da der Wortsinn „Sucht“ mehrdeutig zu verstehen ist, wurde er nach einer Empfehlung der WHO durch den Begriff der „Abhängigkeit“ ersetzt. Darüber hinaus wird zwischen stoffgebundenen und stoffungebundenen Süchten einerseits, andererseits zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit unterschieden.

2.3.2 ABHÄNGIGKEIT IM ALLGEMEINEN

Nach Definition der ICD-10, ist „schädlicher Gebrauch“ durch *„negative psychische, soziale und körperliche Folgen ohne Auftreten der Symptome einer Abhängigkeit“* gekennzeichnet (zit. nach Simon, Tauscher & Pfeiffer, 1999, S. 15). Bei einer „Abhängigkeit“ hingegen gibt es über eine längere Zeitspanne einerseits zahlreiche körperliche Symptome, wie vegetative Entzugerscheinungen und Toleranzentwicklung gegenüber der Droge, andererseits aber auch psychische Folgephänomene, wie beispielsweise der starke Drang nach dem Konsum der Droge, auch *Craving* bezeichnet (Simon et al., 1999). Dabei wird in der Gewichtung nicht zwischen körperlichen und psychischen Folgen unterschieden.

2.3.3 MISSBRAUCH IM ALLGEMEINEN

Generell bezeichnet der Begriff *Missbrauch* die falsche Verwendung eines Rechts, einer Sache oder einer Person (Schulz, 2004). Medizinisch wird Missbrauch (lat. *Abusus*) als unerlaubter, von der Gesellschaft nicht tolerierter, gefährlicher, dysfunktionaler oder schädlicher Gebrauch definiert (vgl. Freyberger et al., 2002). Dabei sollte er jedoch nicht allgemeingültig verwendet werden, sondern jeweils vor dem Hintergrund von kulturell gebundenen Werten, Normen und Rechten (Schulz, 2004).

Als wesentlich begriffsimmanent wird dabei die Schädigungsmöglichkeit durch den Missbrauch des Stoffes betrachtet, sowohl für den Konsumenten selbst als auch für Dritte. Hierbei spielen nicht nur *somatische* Aspekte eine Rolle, sondern auch *berufliche*, beispielsweise Versagen bei beruflichen und schulischen Aufgaben, *juristische*, wie wiederkehrende Gesetzeskonflikte, oder *soziale*, wie Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003).

2.3.4 ABGRENZUNG ZWISCHEN MISSBRAUCH UND ABHÄNGIGKEIT

Eine wichtige Abgrenzung zwischen den Begriffen ist, dass Abhängigkeit Missbrauch mit einschließt, Missbrauch jedoch nicht die Abhängigkeit mit beispielsweise der Unfähigkeit zur Abstinenz.

Als das Merkmal mit der größten Trennschärfe zur Unterscheidung zwischen Missbrauch und Abhängigkeit hat sich das Kriterium *Verlust der Konsumkontrolle* erwiesen. Personen, die Missbrauch betreiben, können demnach auch nach Phasen exzessiven Konsums zu einem kontrollierten Verhalten zurückkehren, dieses gelingt Abhängigen mehrheitlich nicht oder nicht mehr (DHS, 2008).

Nach den Kriterien der dritten korrigierten Auflage der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, engl.: International Classification of Diseases and Related Health Problems) (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004), die inzwischen in der 10. Revision vorliegt, können in Kapitel V (F) „Psychische und Verhaltensstörungen“ im Abschnitt F10 verschiedene alkoholbedingte Syndrome (auch in Kombination) unterschieden werden. Die in dieser Arbeit benutzten Termini in Bezug auf alkoholbezogene Störungen umfassen im wesentlichen die Diagnosen *schädlicher Gebrauch* (F10.1) sowie das *Alkoholabhängigkeitssyndrom* (F10.2).

2.3.5 ALKOHOLMISSBRAUCH

Missbrauch, auch *schädlicher Gebrauch* ist nach der Definition der ICD-10 dabei als solcher zu verstehen, der nachweisbare psychische oder physische Schäden zur Folge hat, jedoch (noch) nicht die erforderlichen Kriterien einer Abhängigkeit beinhaltet (vgl. Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003). Soziale Schäden sind in der ICD-10 jedoch nicht enthalten (Lindenmeyer, 2005). Da die individuelle Gefährdungsgrenze aufgrund der unterschiedlichen Verstoffwechselung sehr unterschiedlich sein kann, ist die Ermittlung eines erhöhten Alkoholkonsums allein zur Diagnose eines vorliegenden stofflichen Missbrauchs nicht ausreichend. Ein wesentlicher Aspekt an *Missbrauch* ist, dass der Alkoholkonsum zweckgebunden erfolgen muss. Damit wird das Trinken instrumentalisiert – als Hilfe zum Einschlafen, als Antidepressivum, um „sich Mut anzutrinken“ oder um in Gesellschaft lockerer und entspannter zu werden (Kapusta, Matterey & Walter, 2004). Nach Schulz (2004) ist Alkoholmissbrauch dann gegeben,

„wenn ungeeignete Personen oder Personen, die sich zeitweilig in einem ungeeigneten physischen oder psychischen Zustand befinden, Alkohol konsumieren; zu einer ungeeigneten Zeit, an einem ungeeigneten Ort oder in ungeeigneter Menge oder Form Alkohol konsumiert wird; bestimmte Trinksitten vorherrschen, die zu verstärkter Konsumption führen“ (zit. nach Schulz, 2004, S. 109).

2.3.6 ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Die Hauptkriterien eines Abhängigkeitssyndroms sind nach ICD-10 typischerweise ein starkes Verlangen, Alkohol einzunehmen, Schwierigkeiten, dessen Konsum zu kontrollieren sowie anhaltender Alkoholkonsum trotz schädlicher Folgen. Durch den wiederholten Konsum entwickeln sich eine Toleranzsteigerung und schließlich ein körperliches Entzugssyndrom bei ausbleibendem Konsum (Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2004).

Oftmals wird die Diagnose auch auf Grundlage des *Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen* der 4. Fassung (DSM-IV, engl.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) getroffen. Die entsprechenden Kriterien sind zwar größtenteils zu denen der ICD-10 deckungsgleich, Vergleichsstudien zeigten jedoch höhere Prävalenzraten identischer Populationen bei der ICD-10 als bei Verwendung des DSM-IV (Schuckit et al. 1994; Caetano & Tam, 1995). Das DSM-IV unterscheidet zwischen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit (vgl. Saß et al., 2003).

Nach Lindenmeyer (2005) kann vereinfacht für die Definition von Alkoholabhängigkeit folgende Faustregel gelten:

„Alkoholabhängig ist entweder, wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne daß unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten, oder, wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt“
(zit. nach Lindenmeyer, 2005, S. 5).

2.3.7 TYPOLOGIEN DER ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Da es sich bei Alkoholabhängigkeit um ein sehr heterogenes Phänomen handelt, wurden immer wieder Versuche unternommen, verschieden Klassifikationen für die Typisierung von Alkoholabhängigkeit zu entwickeln. Es wurden diverse Typologien entwickelt, beispielsweise von Jellinek (1960), von Lesch et al. (1980) oder von Cloninger et al. (1981). Von diesen hat sich die Typologie nach Jellinek mehrheitlich zur Klassifikation durchgesetzt und ist am gebräuchlichsten. Auf diese soll hier kurz eingegangen werden:

Jellinek unterscheidet im Hinblick auf den Konsum alkoholischer Getränke drei große Gruppen, die er spezifischer unterteilt: Erstens Nichttrinker, zweitens Trinker (Alkoholkonsumenten) und drittens nicht abhängige sowie abhängige (alkoholkrank) Alkoholiker (Jellinek, 1960, zit. nach Schmidt, 1997). Nach Meinung einiger eignet sich diese Differenzierung gut zur Arbeit mit Betroffenen, da sie spezifisch auf die Trinkgewohnheiten eingeht.

Obwohl die Typologie nach Jellinek (1960) empirisch nicht in befriedigendem Maße als gesichert gilt, ist sie dennoch im klinischen Alltag durchaus hilfreich (Schmidt, 1997). Jellinek unterscheidet vier Typen von Alkoholkonsumenten:

1. *Alpha-Trinker* oder Konflikttrinker: Greift in Problemsituationen zu Alkohol, da er über keine anderen Problemlösekompetenzen verfügt; nur psychisch abhängig, trinkt ohne Kontrollverlust, Fähigkeit zur Abstinenz erhalten.
2. *Beta-Trinker* oder Gewohnheitstrinker: Er konsumiert bei sich bietenden (gesellschaftlichen) Gelegenheiten Alkohol; Fähigkeit zur Abstinenz ist erhalten, es können aber bereits körperliche Störungen auftreten.
3. *Gamma-Trinker* oder Rauschtrinker: Der Gamma-Trinker ist nicht in der Lage, kontrolliert kleinere Mengen Alkohol zu trinken. Der psychischen Abhängigkeit folgt die physische; Fähigkeit zur Abstinenz ist noch erhalten. Folgen: Toleranzsteigerung, Entzugssyndrom und körperliche Folgeschäden.

4. *Delta-Trinker* oder Spiegeltrinker: Um Entzugerscheinungen zu vermeiden, nimmt der Spiegeltrinker regelmäßig über den Tag verteilt Alkohol zu sich (physische Abhängigkeit). Er besitzt keine Abstinenzfähigkeit, erleidet jedoch keinen Kontrollverlust.

Später ergänzt:

5. *Epsilon-Trinker* oder episodischer Trinker: Nach längeren Phasen der Abstinenz oder des kontrollierten Konsums von Alkohol folgen immer wieder Zeiten unkontrollierten Alkoholkonsums (vgl. Lindenmeyer, 1999; Schmidt, 1997).

Die Kritik an der Typologie Jellineks bezieht sich zum Teil auf den Umstand, dass sie auf Grundlage klinischer Erfahrungswerte erstellt wurde, die einseitig das medizinische Krankheitskonzept als vordergründig betrachten, andere Wirkfaktoren jedoch unberücksichtigt lassen (Schmidt, 1997). Schulz et al. (1992, zit. nach Schmidt, 1997) konnten in ihrer Untersuchung die auf klinischen Erfahrungswerten fußende Differenzierung von Gamma- und Deltaalkoholikern und somit die Existenz ebendieser nachweisen. Oftmals weist Alkoholismus einen jahrelangen chronischen Verlauf auf. Nach Jellinek (1952, zit. nach Stimmer, 2000) werden drei Phasen des Gamma-Alkoholismus unterschieden, denen eine weitere, voralkoholische Phase, vorangestellt wurde. Näheres kann bei Schmidt (1997) nachgelesen werden.

2.3.8 „BINGE-DRINKING“

Unter „Binge-Drinking“ ist ein Konsummuster des episodischen Trinkens zu verstehen, bei dem bei einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr Getränke hintereinander konsumiert werden (u.a. Wechsler, 2001). Es wird im deutschen Sprachraum oft mit „Rauschtrinken“ oder neuerdings vulgär als „Komasaufen“ übersetzt, wobei sich der Terminus *Binge-Drinking* auch hierzulande weiter durchsetzt. Dieses Konsummuster wird in den meisten internationalen Untersuchungen mit der Frage nach der Häufigkeit des Konsums von fünf oder mehr Getränken bei einer Gelegenheit operationalisiert (Kraus, Augustin & Orth, 2005). In manchen Definitionen wird noch weiter nach Geschlechtszugehörigkeit differenziert (vgl. Wechsler, 2001), wobei bei Frauen der Konsum von vier oder mehr Getränken als Binge-Drinking, bei Männern jedoch erst ab einem Konsum von fünf oder mehr Getränken bei einer Gelegenheit gilt (vgl. Baer, 2001). Der Erfassungszeitraum des Konsums liegt dabei in vielen Studien bei 30 Tagen, bisweilen jedoch auch bei 14. Die Begrifflichkeiten „hintereinander“ oder „bei einer Gelegenheit“ werden nicht weiter erläutert – eine Interpretation bleibt folglich im Ermessen des Untersuchers.

2.3.9 RISIKOARMER KONSUM, RISKANTER KONSUM UND HOCHKONSUM

Viele Konsumenten nehmen Alkohol regelmäßig zu sich, einige von ihnen konsumieren Alkohol in bedenklichen Mengen, erfüllen jedoch nicht die Kriterien für eine Abhängigkeit nach den gängigen Diagnoseschemata. Dennoch kann zwischen risikoarmem und riskantem Gebrauch unterschieden werden. Es gelten Faustregeln, die den unten genannten Konsumgruppen sehr ähnlich sind. Diese Einteilung ist sinnvoll, da – wie oben bereits erwähnt – bestimmte Mengen Alkohol individuelle gesundheitliche Gefahren forcieren können.

Pabst und Kraus (2008) haben in ihren Repräsentativerhebungen zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen folgende Konsumgruppen (unterschieden nach Männern und Frauen) gebildet (Tab. 1), auf die auch in der vorliegenden Arbeit zurückgegriffen werden soll:

Tabelle 1: Konsumkategorien – Einteilung nach Geschlecht

Konsumkategorie	Gramm Reinalkohol pro Tag	
	Männer	Frauen
abstinent	0	0
risikoarmer Konsum	0-30	0-20
riskanter Konsum	> 30-60	> 20-40
gefährlicher Konsum	> 60g-120	> 40g-80
Hochkonsum	> 120	> 80

Andere, beispielsweise das Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (Seitz et al., 2008), setzen die Schwelle zwischen harmlosem und gefährlichem Konsum (Gefährdungsgrenze) niedriger an und empfehlen Frauen nicht mehr als 10-12, Männern nicht mehr als 20-24 Gramm Alkohol pro Tag zu konsumieren.

2.4 FAKTEN UND ZAHLEN – EPIDEMIOLOGIE

Um das studentische Trinkverhalten in gesellschaftlichen Normen einordnen zu können, soll im Folgenden ein Überblick über den Alkoholkonsum in der Bundesrepublik gegeben werden. Hierbei wird zunächst der Pro-Kopf-Verbrauch und dessen Trend in den vergangenen Jahren dargestellt. Weiter werden epidemiologische Zahlen zu pathologischem Konsum präsentiert und dessen mögliche Folgen erläutert. Schließlich wird auf Forderungen nach Steuererhöhungen als Mittel zur Prävention eingegangen (vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008).

2.4.1 ALKOHOLVERBRAUCH

Im Jahr 2009 lag der Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken in der Bundesrepublik bei 139,0 Litern. Somit verfestigt sich der Trend der letzten Jahre, dass sich der Alkoholkonsum in der bundesdeutschen Bevölkerung weiter verringert (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011; Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Im Vergleich zu 2008 war es demnach eine Remission um 1,6 Prozent. Diese Tendenz lässt sich bis auf Schaumwein bei allen untersuchten Getränkegruppen verzeichnen. Bei Schaumwein liegt der Verbrauch seit 2002 recht konstant bei 3,9 Litern pro Kopf (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011).

Insgesamt tranken die Bundesbürger 2009 pro Kopf umgerechnet 9,7 Liter reinen Alkohol, was eine Reduktion von 2,0 Prozent im Vergleich zum Vorjahr bedeutete. Der Konsum je Einwohner an reinem Alkohol ist damit seit Anfang der 1980er Jahre rückläufig (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011; Mefert-Diete, 2011). Diese Entwicklung soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich der Konsum nach wie vor auf sehr hohem Niveau befindet und Deutschland im europäischen Vergleich weiterhin einen Platz im oberen Drittel belegt (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011; Coder, Meyer, Freyer-Adam & John, 2009).

Nach Getränkegruppen aufgeschlüsselt bedeutet dieses, dass jeder Bundesbürger im Jahr 2009 im Schnitt ungefähr 109,6 Liter Bier (das entspricht einem Anteil von 54,3 Prozent am Gesamtkonsum, gemessen in Reinalkohol), 20,1 Liter Wein (22,8%), 3,9 Liter Schaumwein (4,4%) und 5,4 Liter Spirituosen (Angaben beinhalten Spirituosen-Mischgetränke umgerechnet auf einen durchschnittlichen Alkoholgehalt von 33 Vol.%) (18,4%) zu sich genommen hat (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011; Mefert-Diete, 2011).

Darüber hinaus lässt sich in der Bundesrepublik bezüglich des Alkoholkonsums ein Nord-Süd- sowie Ost-West-Gefälle erkennen: In den norddeutschen Bundesländern, wie beispielsweise Schleswig-Holstein, Bremen und Niedersachsen, lassen sich niedrigere

Prävalenzraten aufzeigen als in den süddeutschen. Des weiteren konnte gezeigt werden, dass die Bewohner der neuen Bundesländer im Osten der Republik mehr Alkohol konsumierten als die Bevölkerung der sog. alten Länder im Westen (Robert-Koch-Institut, 2010; Lindenmeyer, 2005).

Insgesamt gesehen hat sich der Konsum, wie bereits erwähnt, seit den neunzehnhundertachtziger Jahren deutlich verringert, vermutlich vorwiegend aufgrund einer Zunahme der Abstinenzrate und einer gleichzeitigen Abnahme von Hochkonsumenten. Gleichzeitig lässt sich aber auch der Trend beobachten, dass in bestimmten Altersgruppen der Anteil der Rauschtrinker deutlich zugenommen hat (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011; Lindenmeyer, 2005). In diesem Zusammenhang sollte auch erwähnt werden, dass die Hälfte allen konsumierten Alkohols nur von weniger als zehn Prozent der Bevölkerung getrunken wird (Lindenmeyer, 2005).

2.4.2 TRENDS IM ALKOHOLKONSUM – ERGEBNISSE DER „EPIDEMIOLOGISCHEN SUCHTSURVEYS“

Als einer der wichtigsten und umfangreichsten Untersuchungen über den Konsum psychoaktiver Substanzen in Deutschland gelten die regelmäßig durchgeführten „Repräsentativerhebungen zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen“, kurz der *Epidemiologische Suchtsurveys* (ESS). Diese werden seit 1980 regelmäßig als Querschnitterhebung an 18- bis 59-jährigen Personen in der Bundesrepublik durchgeführt; seit 1990 auch in den neuen Bundesländern (vgl. Kraus & Augustin, 2005). Aufgrund seiner Repräsentativität wird er auch in der vorliegenden Untersuchung als Vergleichsgrundlage herangezogen.

Grundlage der Daten der Epidemiologischen Suchtsurveys sind Selbstauskünfte durch postalische und telefonische Befragungsmethoden, mit deren Hilfe Prävalenzschätzungen zu substanzindizierten Störungen gemacht werden (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010; Pabst & Kraus, 2008, Kraus et al., 2005). Die jeweilige genaue Methodik ist für den Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 bei Pabst und Kraus (2010) und für 2006 bei Kraus und Baumeister (2008) detailliert beschrieben.

Es sollte zwar im Hinterkopf bleiben, dass eine Verfälschung (willentlich oder unwillentlich) der Daten durch Erinnerungsfehler und Tendenzen zu sozial erwünschten Antworten möglich ist (vgl. Kendall, 1987, zit. nach Kraus et al., 2005, Pabst & Kraus, 2008), dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Zahlen ein relativ realistisches Abbild des Pro-Kopf-

Verbrauchs der Deutschen widerspiegeln, da Verfälschungen, z.B. durch Schmuggel und eigenes Brennen, als gering einzustufen sind (vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008).

Die erhobenen Daten bieten eine gute Ergänzung zu jenen, die von Ärzten, Krankenhäusern, Polizei oder Justiz erfasst werden, da sie von gelegentlichem Gebrauch, über Missbrauch bis zu Abhängigkeit ein weites Spektrum abdecken. Des weiteren lassen sie sich gut mit den Ergebnissen anderer Surveys, wie dem Bundesgesundheitssurvey 1998 oder dem Nationalen Gesundheitssurvey 1991/1992 vergleichen (Pabst & Kraus, 2008). Mit ihrer Hilfe können zeitliche Entwicklungen, Zusammenhänge, Trends und Wechselwirkungen einerseits aufgezeigt sowie Schätzungen über das Vorkommen, Erkenntnisse über Früherkennung und Prävention andererseits gewonnen werden (Barbor et al., 2005). Des weiteren können Gruppen mit Risikopotential erkannt werden. Barbor et al. (2005) zufolge leisten ebensolche Surveys einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung, Erforschung und Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit (vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008).

Insgesamt konsumierten dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010) zufolge 60,5 Prozent der Befragten Alkohol in einem Maß, welches als *risikoarm* zu bezeichnen ist, 16,1 Prozent betrieben *Risikokonsum*. Hierbei ist dringend zu erwähnen, dass im Epidemiologischen Suchtsurvey 2009 die Einteilung der Konsumkategorien nach Maßgabe der DHS (Seitz et al., 2008; vgl. Abschn. 2.3.9) erfolgte und daher diese Ergebnisse aufgrund der unterschiedlichen Einteilungsgrenzen im Vergleich zu den Suchtsurveys 2000, 2003 und 2006 (Tab. 2) anders zu bewerten sind.

Trends im Alkoholkonsum der Jahre 2000 bis 2006 (nach Konsumkategorien) sind in Tabelle 2 aufgelistet.

In Bezug auf das Rauschtrinken – hier ist der direkte Vergleich auch mit 2009 möglich – zeigt sich ein Trend dahingehend, dass Binge-Drinking unter Männern weiter zunimmt, der Anteil der Heavy-User jedoch geringer wird. Unter Frauen konnte im Vergleich zu 2006 ein Rückgang sowohl beim Binge-Drinking als auch bei den Heavy-Usern aufgezeigt werden (Tab. 3).

Tabelle 2: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) – Trends 2000-2006 (Pabst & Kraus, 2008)

	Epidemiologischer Suchtsurvey (Jahr)		
	2000	2003	2006
Gesamt	7307	7553	7573
abstinent ^a	13,7	16,8	25,2
risikoarmer Konsum	70,6	71,1	64,2
riskanter Konsum	11,3	9,3	7,9
gefährlicher Konsum	3,7	2,5	2,4
Hochkonsum	0,7	0,3	0,4
Männer	3264	3413	3396
abstinent	10,1	13,0	20,2
risikoarmer Konsum	69,0	70,8	65,7
riskanter Konsum	14,5	12,1	10,3
gefährlicher Konsum	5,5	3,7	3,5
Hochkonsum	0,8	0,4	0,6
Frauen	4043	4140	4177
abstinent	17,4	20,9	30,3
risikoarmer Konsum	72,1	71,5	62,7
riskanter Konsum	8,0	6,3	5,7
gefährlicher Konsum	1,9	1,2	1,3
Hochkonsum	0,6	0,1	0,1

^a abstinent: hier und im Folgenden definiert als *mindestens 30 Tage abstinent*

Tabelle 3: Häufigkeit des Rauschtrinkens – Trends 2003-2009 (Pabst & Kraus, 2008; Augustin & Kraus, 2005)

	ESS 2003 (N =6155)	ESS 2006 (N=5540)	ESS 2009 (N= 6031)
	Prozent	Prozent	Prozent
Gesamt	100,0	100,0	100,0
0-mal	68,5	66,6	66,1
1-3 mal	18,7	19,5	21,4
4-mal oder häufiger	12,9	13,9	12,5
Männer (n= 2683)	100,0	100,0	100,0
0-mal	55,4	55,2	53,4
1-3 mal	25,2	24,6	28,4
4-mal oder häufiger	19,4	20,2	18,2
Frauen (n=2857)	100,0	100,0	100,9
0-mal	83,7	80,3	81,5
1-3 mal	11,0	13,4	12,9
4-mal oder häufiger	5,3	6,3	5,6

2.4.3 PRÄVALENZ ALKOHOLBEZOGENER STÖRUNGEN

Auf der Basis verschiedener Daten (vgl. Mefert-Diete, 2011; Bundesministerium für Gesundheit, 2011; Pabst & Kraus, 2008) betreiben zwischen 3,8 und 5% der Bundesbürger missbräuchlichen Konsum, 2,4 bis 3,1% werden als alkoholabhängig eingestuft, wobei es einen deutlichen Geschlechterunterschied zu verzeichnen gibt: Männer sind in beiden Diagnosekategorien deutlich häufiger vertreten und konsumieren etwa dreimal mehr Alkohol als Frauen. Nach der neuesten Untersuchung von Pabst, Piontek, Kraus und Müller (2010) waren nur 2,9% der Befragten in der Repräsentativerhebung lebenslang abstinent, 7,3% innerhalb der letzten 12 Monate.

Insgesamt betrachtet müssen Angaben zu Missbrauch und Abhängigkeit kritisch gesehen werden, da es sich um ein brisantes Thema handelt, bei dem der Konsum eher unterschätzt, bzw. bagatellisiert wird. Des weiteren wird eine einschlägige Diagnose im hausärztlichen Kontext oft aus Tabugründen vermieden oder verbleibt aufgrund einer nicht angemessenen Diagnostik.

2.4.4 FOLGEN DES ALKOHOLKONSUMS

Das „klischeehafte Bild“ eines Alkoholabhängigen zeigt sich jedoch – so, wie es insbesondere in den Medien oft suggeriert wird – in der Realität meist nicht. Die Krankheit *Alkoholabhängigkeit* verläuft vielmehr in verschiedenen Ausprägungen und Schweregraden. Ein progredienter Verlauf der Erkrankung, wie er in der Vergangenheit oft angenommen und beschrieben worden war, ließ sich mittels Langzeitstudien nicht bestätigen. Es zeigten sich auch hinsichtlich der Faktoren Geschlecht und Alter Unterschiede im Verlauf chronischen Missbrauchs oder Abhängigkeit. Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass je jünger der Konsument ist, desto schneller die Möglichkeit der Ausbildung einer Abhängigkeit besteht. So kann ein Jugendlicher bereits nach einigen Monaten bis wenigen Jahren des Konsums alkoholabhängig sein, wo hingegen dieser Prozess im Erwachsenenalter zehn bis zwölf Jahre dauern kann. Ebenso geht eine zur Abhängigkeit führende Entwicklung bei Frauen im Durchschnitt schneller vonstatten als bei Männern und kann auch andere Krankheitsfolgen nach sich ziehen (Lindenmeyer, 2005).

Hoher Alkoholkonsum hat neben der potentiellen Entwicklung einer Suchtproblematik auch andere oft folgenschwere körperliche Auswirkungen, wie Erkrankungen der Leber oder der Bauchspeicheldrüse, Herz-Kreislauf-Schäden, Bluthochdruck, Polyneuropathien etc. Auch psychische Störungen, wie beispielsweise Angsterkrankungen, Gedächtnisstörungen, De-

pressionen, verringerte Aggressionshemmung und Suizidalität können sich in der Folge ausbilden. In Übersichtsarbeiten werden bis zu 60 Krankheitsbilder beschrieben, welche kausal mit dem Konsum von Alkohol in Verbindung stehen (Room, Babor & Rehm, 2005, Gmel, Rehm & Frick, 2003, Corrao et al., 2004; Corrao et al., 2000; Rehm et al., 2003; Baumeister, 2005). Für die meisten dieser Folgeerkrankungen ist darüber hinaus ein Dosis-Wirkung-Zusammenhang nachgewiesen worden, daher gelten unregelmäßige, exzessive Trinkmuster als besonders gefährlich und schädigend (Pabst & Kraus, 2008; Room, Babor & Rehm, 2005; Gmel, Rehm & Frick, 2003). Bühringer et al. (2000, zit. nach Coder et al., 2009) berichteten darüber hinaus von mehr als 200 einzelnen Erkrankungen sowie über 80 diverse Unfallarten und Verletzungen, für die ein erhöhtes Mortalitätsrisiko vor dem Hintergrund riskanten Alkoholkonsums besteht.

In diesem Zusammenhang sind auch die Ergebnisse einer Studie der Berliner Charité erwähnenswert: Von Dezember 2001 bis Januar 2003 wurden in der Notaufnahme der Charité insgesamt 3.026 Patienten, die wegen leichter Verletzungen wie Schnittwunden, Knöchelstauchungen oder Platzwunden dort behandelt wurden, zu ihrem Lebenswandel befragt. Hierbei konnte ermittelt werden, dass 24 Prozent der Befragten, Alkohol in riskanten Mengen konsumierten. Aus den Ergebnissen der Studie schlossen die Autoren, dass sich eine mögliche Suchtkarriere schon frühzeitig anhand von Bagatellverletzungen unter Alkoholeinfluss zumindest partiell vorhersagen ließe (Neumann et al., 2004).

Ein übermäßiges Trinkverhalten kann über die körperlichen Folgeschäden hinaus jedoch auch psychosoziale Konsequenzen nach sich ziehen, die sich im sozialen, familiären oder beruflichen Kontext manifestieren. Als Folgen des Alkoholkonsums sind hierbei sozialer Rückzug, Konflikte, Vernachlässigung der Arbeit oder häufige berufliche Fehlzeiten bis hin zur völligen Verwahrlosung zu nennen (vgl. Lindenmeyer, 2005). Hierbei ist allerdings oft nicht nur die konsumierende Person selbst, sondern auch Dritte, häufig Lebenspartner, Kinder, Freunde und Verwandte, betroffen. Hierzu zählen auch Arbeitskollegen, die oft durch Mehrarbeit die Fehlzeiten oder Arbeitsvernachlässigungen des Trinkenden korrigieren müssen (vgl. Stimmer, 2000; für eine aktuelle Übersicht vgl. DHS, 2010).

Zu den jährlich etwa 73.000 Personen, die an den Folgen ihres Alkoholkonsums versterben (Bundesministerium für Gesundheit, 2011), kommen weitere 92.000, die in direkter oder in indirekter Folge (beispielsweise durch Unfälle) ihres Alkoholmissbrauches arbeitsunfähig oder invalide werden. Die Bundesrepublik Deutschland nimmt auch hier im europäischen Vergleich einen Platz im oberen Drittel ein und bewegt sich im internationalen Vergleich im

oberen Zehntel (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011; Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Die Kosten, die die Gesellschaft zu tragen hat, beliefen sich im Schnitt auf 26,7 Milliarden Euro für alkoholbezogene Erkrankungen und Todesfälle im Jahr 2007 (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011; Kannopka & König, 2007). Hiervon ergaben sich ca. 10,0 Mrd. Euro als direkte Folge des Alkoholkonsums, bspw. durch stationäre und ambulante Behandlungen oder Kosten durch Sachschäden. Ein deutlich größerer Anteil entstand der Gesellschaft durch indirekte Folgekosten, wie Arbeitsausfälle, Frühberentungen oder frühzeitige Mortalität (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011; Kannopka & König, 2007). Kritisch zu betrachten ist in diesem Zusammenhang, dass ein Großteil der Alkoholabhängigen mehr als einmal pro Jahr Kontakt mit einem Arzt hat, es dennoch aber selten zu einer Diagnose ihrer Abhängigkeitserkrankung kommt. Im Durchschnitt vergehen neun Jahre, bis die Krankheit diagnostiziert wird, und die Betroffenen eine adäquate Behandlung und Therapie erhalten (Lindenmeyer, 2005; DHS, 2010).

Wichtig anzumerken ist, dass sich die Alkoholabhängigkeit auch als Folge einer (primären) psychischen Erkrankung herausbilden kann. Hierbei sollte allerdings die Gefahr besonders im (haus-)ärztlichen Kontext nicht unterschätzt werden, dass die Abhängigkeitserkrankung in den Hintergrund tritt und somit aus dem Blick des Diagnostikers fällt. Alkohol wird sozusagen sekundär, als Mittel zur Bewältigung oder Betäubung der Krankheitsfolgen bzw. der Krankheitssymptome instrumentalisiert. Vor diesem Hintergrund kann sich eine Suchtproblematik entwickeln, bei deren Behandlung jedoch zunächst die Primärerkrankung im Vordergrund stehen sollte (vgl. Schulz, 2004). Insgesamt betrachtet erscheint es besonders wichtig, sich der erheblichen Komorbidität bei alkoholassozierten Störungen bewusst zu werden, berichten doch über 78 Prozent der Männer und 86 Prozent der Frauen mit einer Alkoholabhängigkeit von mindestens einer weiteren psychischen Störung, wobei mehr als drei komorbide Störungen die Regel sind. Selbst bei Missbrauch liegen die Werte nur geringfügig darunter (Lieb & Isensee, 2007). Tabelle 4 beschreibt die Auftretenswahrscheinlichkeiten komorbider Angst- bzw. depressiven Störungen bei Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit. Alle Daten zeigen signifikant höhere Wahrscheinlichkeiten für das Ausbilden einer Angsterkrankung oder einer Depression vor dem Hintergrund eines Alkoholabusus.

Tabelle 4: Komorbiditäten von Alkoholabhängigkeit/-missbrauch und Angst sowie Depression (12 Monate); Daten: EDSP (Zimmermann, P., 2003, zit. nach Lieb & Isensee, 2007, S. 35)

Komorbidie Diagnose	OR	95% KI	p < .05
Angststörungen			
Panik	5,8	2,2 - 14,9	*
Agoraphobie	5,7	2,3 - 14,1	*
Spezifische Phobien	1,7	1,1 - 2,6	*
Soziale Phobie	1,9	1,1 - 3,4	*
Nicht näher bez. Angststörung	1,9	1,3 - 2,6	*
Depressive Störungen			
Major Depression	2,0	1,1 - 3,7	*
Dysthymia	3,0	1,6 - 5,6	*
Nicht näher bez. depressive Störung	2,3	1,4 - 3,7	*

Vor diesem Hintergrund scheint es geboten, auch in der vorliegenden Arbeit, Studierende hinsichtlich des Vorliegens komorbider Störungen im Zusammenhang von Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit zu untersuchen. Sollte es bei Studierenden ähnliche Wirkmechanismen geben, so müssten sich auch in dieser Subpopulation Zusammenhänge zwischen Konsummustern und psychischen Störungen aufdecken lassen.

Missbrauch und Abhängigkeit haben oft erhebliche Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität: In zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen konnte eine Kovarianz zwischen dem Pro-Kopf-Verbrauch eines Landes an Alkohol und der Rate an alkoholbezogenen Erkrankungen sowie Todesfällen in der Bevölkerung gemessen werden (Lindenmeyer, 2005; vgl. Room, Barbor & Rehm, 2005; Gmel, Rehm & Flick, 2003). In Deutschland versterben so jährlich schätzungsweise 73.000 Personen an den direkten oder indirekten Folgen ihres Alkoholkonsums (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Hanke und John (2003) gehen davon aus, dass der Anteil alkoholbedingter Todesfälle an sämtlichen Todesfällen im Alter zwischen 35 und 65 Jahren bei Männern 25 Prozent und bei Frauen 13 Prozent beträgt.

Hierbei muss auch die Gefährdung Dritter infolge des Alkoholkonsums genannt werden, die beispielsweise durch Gewaltdelikte oder bei Arbeits- und Verkehrsunfällen geschädigt werden oder schlimmstenfalls ums Leben kommen (Anderson & Baumberg, 2006; Vorndran, 2009; Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011).

Allerdings hat nicht nur die *Abhängigkeit* vom Alkohol für den Einzelnen Folgen und verursacht volkswirtschaftliche Kosten. Bereits der Konsum erhöhter Mengen kann zu Schädigungen des Organismus führen. Schätzungen zufolge betreiben rund 9,5 Millionen Personen in Deutschland einen *gesundheitlich riskanten Konsum*, was bedeutet, dass sie eine Menge an

Alkohol konsumieren, für die es epidemiologische Befunde eines erhöhten Risikos zur Ausbildung bestimmter Erkrankungen gibt (Bundesministerium für Gesundheit, 2011). Als Grenzwerte für einen „noch harmlosen“ Konsum wurden bislang umgerechnet 20 Gramm reiner Alkohol pro Tag bei Frauen und 30 Gramm bei Männern angegeben (vgl. Pabst & Kraus, 2008; Kraus & Bauernfeind, 1998; Gastpar et al., 1999), wobei die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen ein Herabsetzen der Obergrenze auf 20-24 Gramm für Männer und 10-12 Gramm für Frauen empfiehlt (Seitz, Bühringer & Mann, 2008) (vgl. auch Abschn. 2.3.9).

2.4.5 ALKOHOLBESTEUERUNG

Zur Eindämmung von Missbrauch und Abhängigkeit sowie vor dem Hintergrund des so genannten Komasaufens unter Jugendlichen werden wiederholt Steuererhöhungen auf alkoholhaltige Getränke gefordert (Becke, 2009; Adams & Effertz, 2009).

Neben den staatlichen Mehreinnahmen dient die Besteuerung alkoholischer Getränke der Verringerung alkoholinduzierter Schäden und stellt somit eine der effektivsten präventiven Maßnahmen dar, insbesondere bei jenen Bevölkerungsgruppen, die einer besonderen Gefährdung für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ausgesetzt sind, wie junge Menschen und sozial Benachteiligte (Meyer & John, 2008; Reis, Pape & Häßler, 2009).

Dieser Effekt konnte anhand der 2004 in Kraft getretenen Sondersteuer für spirituosenhaltige Alkopops deutlich nachgewiesen werden (Tab. 5). Tranken vor der Einführung des Gesetzes 28 Prozent der zwölf bis 17 Jährigen mindestens einmal im Monat ein so genanntes Alkopop, so waren es im Jahr 2007 nur noch 10 Prozent. Gleichzeitig erhöhte sich der Anteil derer, die in den letzten zwölf Monaten gar keine Alkopos konsumiert hatten (BZgA, 2007).

Tabelle 5: Häufigkeit des Konsums spirituosenhaltiger Alcopops unter Jugendlichen 2004-2007 (Angaben in Prozent) (BZgA, 2007).

		Gesamt			12-15 Jahre			16-17 Jahre		
		2004	2005	2007	2004	2005	2007	2004	2005	2007
männlich	mind. 1x/Monat	27	14	11	18	9	7	45	23	18
	seltener	19	21	15	15	15	8	29	33	27
	nie	54	65	74	67	76	85	27	44	56
weiblich	mind. 1x/Monat	30	18	10	21	12	6	48	29	17
	seltener	22	26	17	20	21	9	27	37	30
	nie	48	56	73	59	67	84	25	35	53
gesamt	mind. 1x/Monat	28	16	10	20	10	6	46	26	18
	seltener	21	24	16	17	18	9	28	35	28
	nie	51	61	74	63	71	85	26	40	54

In diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass die Besteuerung alkoholischer Getränke in der Bundesrepublik deutlich unter dem EU-Durchschnitt liegt. Auf eine Weinststeuer wird in Deutschland darüber hinaus ganz verzichtet (Meyer & John, 2008).

Dennoch hat Alkohol einen erheblichen wirtschaftlichen Stellenwert: Die Einnahmen des deutschen Fiskus aus Alkoholsteuern beliefen sich im Jahr 2009 auf 3,3 Mrd. Euro. Sie haben damit einen großen Anteil an den Staatseinnahmen (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2011).

2.5 ALKOHOLKONSUM IN DER ADOLSCENZ UND IM FRÜHEN ERWACHSENEN-ALTER

Beobachtet man Berichte in den Medien, scheint sich das Trinkverhalten junger Menschen in den letzten Jahren dahingehen verändert zu haben, dass die Konsumenten alkoholischer Getränke immer jünger werden und dass, wenn getrunken wird, dieses immer exzessiver getan wird. Dieses Phänomen wird in den Medien wiederholend vor allem durch Einzelfallberichte untermauert, wie beispielsweise das eines 16-jährigen Berliner Schülers, der nach einem Alkoholexzess verstorben ist (vgl. bspw. Spiegel-Online, 2007). Diese Entwicklung scheint sich aber auch anhand von steigenden Krankenhauseinweisungen Jugendlicher mit Alkoholintoxikation zu bestätigen (TK-Online, 2010; TK-Online, 2007).

In den folgenden Abschnitten soll das Thema „Jugend und Alkohol“ anhand verschiedener Faktoren beleuchtet werden. Zunächst soll ein Überblick über die Konsumgewohnheiten von Jugendlichen und Heranwachsenden, die die Basis auch der Subpopulation der Studierenden darstellt, gegeben werden. Ursachen und Motive für den Konsum alkoholischer Getränke werden anschließend betrachtet, wobei auch Einflussfaktoren wie das familiäre und schulische Umfeld näher beleuchtet werden sollen.

2.5.1 EPIDEMIOLOGIE ZUM ALKOHOLKONSUM VON JUGENDLICHEN UND JUNGEN ERWACHSENEN

Dem Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2011 zufolge wurden 2009 in Deutschland rund 26.400 junge Menschen im Alter von 10-20 Jahren aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation in Krankenhäuser stationär behandelt, was einen Anstieg von 2,8% gegenüber dem Jahr 2008 bedeutet und einen Anstieg im Vergleich zu 2000 um insgesamt 178%. Im Alter zwischen zehn und 15 Jahren stellen Mädchen den größeren Anteil von Behandelten (52%), später, ab einem Alter von 15 Jahren, wandelt sich das Verhältnis, und Jungen (65%) werden häufiger aufgrund akuter Alkoholintoxikationen stationär eingewiesen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011).

Nach Angaben der Techniker Krankenkasse, zeigt sich dieser Trend in allen untersuchten Bundesländern, so auch in Niedersachsen; hier sei die Zahl der Jugendlichen mit Alkoholvergiftung zwischen 2006 und 2009 um 23% angestiegen (vgl. TK-Online, 2010; TK-Online, 2007). Ebenso berichtete auf regionaler Ebene das Städtische Klinikum Braunschweig über steigende Zahlen aufgenommener Jugendlicher mit Alkoholintoxikationen, zumindest bis zum Jahr 2007 (vgl. Braunschweiger Zeitung, 2007).

Dabei ist auch der Anteil Jugendlicher und junger Erwachsener kritisch zu betrachten, die angeben, regelmäßig Alkohol zu konsumieren. Dies bezüglich konnte für den Zeitraum von 2005 bis 2007 auch eine Zunahme der wöchentlich konsumierten Alkoholmenge um 48% auf insgesamt 50,4g Reinalkohol/Woche unter den 12- bis 17-Jährigen verzeichnet werden (Coder, 2009), wobei für das Jahr 2008 mit insgesamt 42,1g/Woche wieder ein leichter Rückgang beobachtet werden konnte (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2009). Ähnliche Ergebnisse konnten auch bei der Betrachtung des Anteils der Rauschtrinker dargestellt werden: 2007 berichten 26% der befragten Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und siebzehn Jahren von Binge-Drinking, 2008 ging der Anteil ebenfalls leicht zurück, jedoch betrank sich immer noch rund jeder Fünfte mindestens einmal im Monat (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2009). Im Rahmen der 2007 durchgeführten ESPAD-Studie an

12.448 Schülern der 9. Und 10. Jahrgangsstufe zeigten sich noch erheblich höhere Werte: Hier gaben 58,7% der befragten Schüler Binge-Drinking an (Kraus, Pabst & Steiner, 2008).

Nach Schmidt (1997) stellt dieses Konsumverhalten aus mehreren Gründen eine starke Gefährdung dar. Zum einen entwickelt sich eine Alkoholkrankheit bei jungen Menschen schneller, auch eventuelle körperliche Folgeschäden treten schneller auf (Dawson, Li & Grant, 2008; Grant, Stinson & Harford, 2001). Außerdem behindert regelmäßiger Konsum psychische und physische Reifungsprozesse der Konsumenten.

Ein zu beobachtender Trend der letzten Jahre ist, dass sich der Konsum von Alkohol und Drogen dabei zunehmend in das zweite Lebensjahrzehnt vorverlagert (Stimmer, 2000; vgl. auch Robert-Koch-Institut, 2010). Diese Trends konnten auch in den epidemiologischen Suchtsurveys 2006 (Pabst et al., 2008) sowie 2009 (Pabst et al., 2010) nachgewiesen werden.

Insgesamt betrachtet ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil der Risikokonsumenten nach der neuesten Gesundheitsberichterstattung des Bundes jedoch in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen am höchsten (Robert-Koch-Institut, 2010), wobei hier die Befragten je nach Konsum in die Kategorien „Nie-Trinker“, „moderater Konsum“ und „Risikokonsum“ eingeteilt wurden. Rund 36,8% der jungen Erwachsenen (30% der Frauen, 44,8% der Männer) befanden sich in der Kategorie „Risikokonsum“. Auch andere Studien zeigen diesen Trend: Nach Daten der epidemiologischen Suchtsurveys 2009 und 2006 (Pabst et al., 2010; Pabst et al., 2008) ist der Anteil der Risikokonsumenten unter den 18-29 Jährigen mit am höchsten, innerhalb dieser Gruppe am häufigsten bei den 18-24-Jährigen (Tab. 6).

Tabelle 6: Konsumkategorie, getrennt nach Altersgruppen (Pabst et al., 2008)

	Konsumkategorien	Altersgruppen			
		18-20	21-24	25-29	30-39
Suchtsurvey 2006	Abstinenter	25,8	24,3	27,0	23,5
	Risikoarmer Konsum	62,4	63,8	65,5	69,4
	Riskanter Konsum	8,6	9,1	6,3	5,5
	Risikokonsum	2,9	2,1	1,1	1,2
	Hochkonsum	0,4	0,6	0,1	0,5
	Gesamt (n)	898	911	867	1259

Es wird auch in den genannten Studien der in der Literatur zumeist durchgängig beschriebenen Geschlechterunterschied deutlich – Männer tranken erheblich mehr Alkohol als Frauen. Auch in Bezug auf das Rauschtrinken zeigen sich die Unterschiede (Tab. 7): Der Anteil der Binge-Drinker („Binge-Drinking“: definiert als fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit in den letzten dreißig Tagen) unter den Männern lag bei 40,1%, der der Frauen bei 18,6%. So genannte „Heavy User“ waren unter den männlichen Befragten 10,1%, unter den weiblichen 2,7% (Robert-Koch-Institut, 2010). Als „Heavy User“ oder auch „Heavy Episodic Drinkers“ werden solche Personen bezeichnet, die an mindestens fünf der letzten dreißig Tage, bzw. an dreien der letzten vierzehn Tage, Binge-Drinking betrieben haben (National Survey on Drug Use and Health, 2006; Dowdall & Wechsler, 2002).

Tabelle 7: Binge-Drinking unter jungen Erwachsenen (18-29 Jahre) 2008/09 (Angaben in Prozent) (Robert-Koch-Institut, 2010).

Geschlecht	Rauschtrinken			
	Mind. jede Woche	Einmal im Monat	weniger als 1 mal im Monat	Nie
Männlich	10,1	30,0	38,0	21,8
weiblich	2,7	15,9	39,5	41,9
Gesamt	6,5	23,2	38,7	31,5

Trotz der hohen Zahlen bezogen auf das *Binge-Drinking* ist der Trend bzgl. des gesamt konsumierten Alkoholkonsums jedoch insgesamt seit Jahren rückläufig. Jugendliche und junge Erwachsene trinken im Schnitt immer weniger. Auffällig ist hierbei nur, dass der Anteil der Risikotrinker zunimmt (Bundesministerium für Gesundheit, 2011; BZgA, 2009; Robert-Koch-Institut, 2010).

Bezogen auf den Bildungsstatus zeigten sich keine Unterschiede. Erst im weiteren Verlauf, ab einem Alter von ca. 45 Jahren, lassen sich Unterschiede aufzeigen: Je höher der Bildungsgrad desto mehr Alkohol wird konsumiert. Dies zeigt sich auch in der Gruppe der Nichttrinker, diese ist in den bildungsfernsten Bevölkerungsteilen am größten (Robert-Koch-Institut, 2010).

Vergleicht man diese skizzierte nationale Entwicklung mit der in der gesamten Europäischen Union, so zeigt sich, dass rauschmäßiges Trinken unter jungen Menschen europaweit verbreitet ist (Europäische Union, 2010) und es auch in anderen Ländern zu Diskussionen bzgl. einer strengeren gesetzlichen Kontrolle führt (bspw. van Hoof, van der Lely, Pereira & van

Dalen, 2010). 13 Prozent der 15-16jährigen EU-Bürger sind bereits öfter als 20 Mal in ihrem Leben betrunken gewesen, und mehr als einer von sechs (18%) hat, bezogen auf die letzten 30 Tage, mindestens dreimal exzessiv getrunken (Anderson & Baumberg, 2006). Weiter zeigte sich, dass jeder fünfte junge Europäer sich häufig rauschmässig betrinkt. 19 Prozent der 15- bis 24-jährigen EU-Bürger betreiben *Binge-Drinking*, trinken also mindestens fünf Gläser Bier, Wein oder Spirituosen bei einer Trinkgelegenheit (European Commission, 2007). Wobei insbesondere jüngere Befragte und Studierende dazu neigten, größere Mengen Alkohol zu sich zu nehmen.

2.5.2 URSACHEN FÜR ALKOHOLKONSUM BEI JUGENDLICHEN

Um Aussagen zu den Gründen von Alkoholkonsum im Allgemeinen, einem kritischen Konsum oder sogar einer Abhängigkeit zu machen, ist es wichtig, sowohl die sozialen Bedingungen als auch die psychologischen Ursachen näher zu betrachten. Erst die Kenntnis der Ursachen ermöglicht es, gegebenenfalls zu intervenieren oder Präventionsmaßnahmen zu entwickeln.

Beobachtet man das Setting, in dem die meisten Jugendlichen Alkohol konsumieren, so zeigt sich dieses Verhalten hauptsächlich im Gruppenkontext. In einer Untersuchung von Stauber (2010) an alkoholerfahrenen Jugendlichen konnte dargestellt werden, dass Rauschtrinken nur im Kontext von Peer-Group-Verhalten verstanden werden kann. Nach Stauber (2010) bietet die Gruppe einen „zentralen Erfahrungsraum“, in dem es normal ist, Alkohol zu konsumieren und dies der regelmäßigen Freizeitgestaltung dient. Die alkoholtrinkende Peer-Group stellt somit zwar einerseits einen *Risikoraum* dar, in dem Jugendliche an Alkohol gelangen, ihn regelmäßig konsumieren und weiter zum Konsum animiert werden und in dessen Folge sich häufig eine Alkoholtoleranz ausbildet. Andererseits sei die Gruppe jedoch auch als ein *Schutzraum* zu verstehen, in dem bzgl. des Trinkens implizite wie explizite Regeln und Normen festgelegt sind, die nur ein bestimmtes Ausmaß tolerieren und Vorkehrungen schaffen, dass bestimmte Limits nicht überschritten werden. Laut Stauber (2010) dienen diese selbst auferlegten Regeln in den Peer-Groups dazu, Verantwortung für sich selbst und die Mitglieder der Gruppe zu übernehmen und somit soziale Kompetenzen zu erlernen.

Des weiteren geht Stauber (2010), bezugnehmend auf neuere Forschungsdebatten in Bereich der Suchtprävention (vgl. Franzkowiak, 1996), davon aus, dass nur durch riskantes Verhalten an sich – resp. Rauschtrinken – Risikokompetenz erworben werden könne.

Vor diesem Hintergrund erscheinen auch die Ergebnisse der Untersuchung von Bailer et al. (2009) plausibel, hier konnte bei den untersuchten jungen Erwachsenen (Studierende) zwar eine starke Häufung von problematischen Alkoholkonsummustern aufgedeckt werden, die jedoch nicht in Zusammenhang mit einer Häufung von Abhängigkeit zu sehen sind.

In einer umfangreichen Überblicksarbeit bzgl. der Trinkmotivation Jugendlicher und Heranwachsender konnten Kuntsche et al. (2005) ebenfalls nachweisen, dass Alkoholkonsum vorwiegend vor dem Hintergrund sozialer Motive zu sehen ist. Nur wenige benutzen den Stoff Alkohol als Coping-Strategie. Es konnte des weiteren gezeigt werden, dass moderates Trinken in Verbindung mit sozialen Motiven steht. Starkes Trinken („heavy Drinking“) und der Gebrauch von Alkohol als Coping-Strategie wurde hingegen im Zusammenhang mit alkoholassozierten Störungen gesehen.

Es zeigen sich auf motivationaler Ebene, übergreifend betrachtet, verschiedene Motive, Alkohol zu trinken: *Externale* Bedingungen wie Überforderung, Stress, Einsamkeit und Leistungsdruck. Aber auch familiäre und soziale Wirkfaktoren, wie mangelnde Wertschätzung und Anerkennung sowie das Trinkverhalten der jeweiligen Bezugsgruppe („Druck“ des Freundeskreises) werden immer wieder aufgeführt. Als *internale* Bedingungsfaktoren zeigen sich häufig Neugierde, Langeweile und Abnabelungsprozesse vom elterlichen Zuhause, aber auch psychisch instabile Persönlichkeitsstrukturen, mangelndes Selbstwertgefühl sowie depressive und ängstlich-phobische Erkrankungen (vgl. Silbereisen, 1998; Stupp, Stauber & Reinl, 2009; Hinckers, Laucht, Heinz & Schmidt, 2005, Universität Bielefeld, 1997). Somit zeigen sich ähnliche Motive wie sie auch in amerikanischen und britischen Studien beschrieben wurden (vgl. Abschnitt 2.5).

Die Motive, Alkohol zu trinken, scheinen sich demnach zwischen deutschen, britischen und amerikanischen Studierenden kaum zu unterscheiden. Vermutlich stehen sozial motivierte Gründe eher im Vordergrund als der Missbrauch von Alkohol als Coping-Strategie. Die *Motivation* allein bedingt jedoch nicht die Menge und Frequenz des Alkoholkonsums, diese beiden Einflussgrößen zeigen sich jedoch als entscheidend für die Herausbildung eines Substanzmissbrauchs oder einer Abhängigkeit (vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008).

2.5.3 PROTEKTIVE FAKTOREN

Unter protektiven oder Schutzfaktoren werden Teile der Persönlichkeit und/oder Umwelt verstanden, welche es ermöglichen, dass altersentsprechende soziale und psychische (Entwicklungs-)Aufgaben durch adäquate Auseinandersetzung mit ihnen erfolgreich gelöst

werden können (vgl. Silbereisen, 1998, Universität Bielefeld, 1997; Stupp, Stauber & Reinl, 2009).

Als Schutzfaktoren in Bezug auf Drogenkonsum Jugendlicher haben sich folgende als wichtig herausgestellt: Fähigkeit zur Kommunikation, Konfliktfähigkeit und Konfliktlösekompetenzen, realistische Selbsteinschätzung, hoher Selbstwert und Selbstachtung, verfügen über Copingstrategien bei Stress und Problemen, Einbindung in ein tragfähiges soziales Gefüge, gutes Verhältnis zu den Eltern, geringe Belastung durch Stress, Wissen über Wirkungen, Auswirkungen und Folgen von Drogenkonsum und Sucht sowie Resistenz gegenüber Gruppendruck (vgl. Silbereisen, 1998, Universität Bielefeld, 1997). Darüber hinaus scheint auch Religiosität einen protektiven Einfluss zu haben (Bahr & Hoffmann, 2010).

2.5.4 FAMILIÄRES UMFELD

Besondere Beachtung bei der Entwicklung von gefährlichem Alkohol- und Drogenkonsum sollte der familiären Umgebung der Konsumenten zukommen. Vorbilder werden in der Familie und im näheren sozialen Umfeld gesucht und haben einen zum Teil erheblichen Einfluss auf das sich entwickelnde Trinkverhalten Heranwachsender; auch die Herkunft und die Anzahl der Erziehenden scheinen einen Einfluss zu haben (Reis, Pape & Häßler, 2009). Eltern mit einer Suchtproblematik sind in besonderem Maße schlechte lerntheoretische Modelle. Dies zeigt sich auch in der um ein Vielfaches erhöhten Wahrscheinlichkeit von Kindern alkoholabhängiger Eltern selber eine Abhängigkeitsproblematik zu entwickeln (Zobel, 2006). So ist das Risiko für Kinder, von denen mindestens ein Elternteil alkoholabhängig ist, selbst im Laufe des Lebens an Alkoholismus zu erkranken, bis zu sechsfach erhöht. Das heißt, dass mehr als 30 Prozent der Kinder aus alkoholbelasteten Familien später selbst eine Abhängigkeit entwickelt (Klein, 2001). Bereits der altgriechische Gelehrte Plutarch (45 bis 125 n. Chr.) bemerkte „*Trinker zeugen Trinker*“ (Goodwin, 1985, zit. nach Zobel, 2006, S. 13).

Die Entwicklungspsychopathologie beschäftigt sich mit der Identifizierung von Verläufen der Entwicklung von ebensolchen Risikogruppen. Dabei kann natürlich nicht von einem einfachen Ursache-Wirkung-Prinzip ausgegangen werden. Vielmehr gibt es protektive wie auch Risikofaktoren, welche in der Interaktion mit Persönlichkeitsfaktoren, Einflüssen der Umwelt und biologischen Bedingungen zum Tragen kommen (vgl. Silbereisen, 1998, vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008).

Im weiteren Entwicklungsverlauf von Kindern aus alkoholsuchtbelasteten Familien werden oft Studenten zur Untersuchung herangezogen. Es zeigten sich meist widersprüchliche Er-

gebnisse bezogen auf psychosoziale Anpassung, Coping, Vertrauen in Beziehungen, Verhaltenskontrolle und Selbstwertgefühl im Erwachsenenalter. Zahlreiche Studien untermauern, dass sich nur für einen Teil der Erwachsenen die ihnen oftmals zugeschriebene kritische Entwicklung auch bewahrheitet (Zobel, 2006).

Anderen Studien zufolge, ist auch eine überbehütete Kindheit, ohne Förderung von Selbstständigkeit des Kindes, ein Risikofaktor für die Anfälligkeit zum Drogenkonsum. Das Kind lernt in einer solchen Eltern-Kind-Konstellation nicht, sich frühzeitig Konflikten zu stellen und Lösungskompetenzen zu entwickeln. Einhergehende Defizite in Selbstständigkeit und Ich-Stärke werden zum Teil durch den Alkoholkonsum kompensiert oder verdrängt. Andererseits sind auch Kinder gefährdet, die keine festen familiären Grenzen und Orientierung kennen lernen. Weitere Risikofaktoren sind hoher elterlicher Leistungsdruck, falsches Erziehungsverhalten und wenig Interesse der Eltern für die Bedürfnisse des Kindes (Stimmer, 2000, Silbereisen, 1998; Reis, Pape & Häßler, 2009). Einen eher protektiven Einfluss scheint hingegen ein autoritärer Erziehungsstil zu haben, einer amerikanischen Studie zufolge neigten diese Kinder seltener zu starkem Alkoholkonsum und hatten darüber hinaus auch seltener enge Freunde, die Alkohol tranken (Bahr & Hoffmann, 2010).

Somit zeigt sich, dass ein Balanceakt zwischen einerseits Vermittlung von Eigenständigkeit und Orientierung sowie das Aufzeigen von Grenzen und andererseits den Konsequenzen beim Überschreiten solcher, Kinder gegen den Konsum von Drogen stärkt.

2.5.5 SCHULISCHES UMFELD

Der Konsum von Drogen ist oftmals eine Strategie im Umgang mit Problemen. Dabei wird das Problem natürlich nicht behoben, sondern verdrängt. Kinder erleben mit dem Eintritt in den schulischen Alltag den Wettbewerbscharakter solcher Einrichtungen. Dabei ist nach Stimmer (2000) die Schule eine Verkörperung der existierenden Leistungsgesellschaft, in der der Konsum von Drogen bei schulischen Schwierigkeiten ansteigt. Hierbei lassen sich auch beim Vergleich der Schulformen Unterschiede feststellen: Während circa 33 Prozent der Hauptschüler rauchen, greifen bei den Gymnasiasten nur etwa 9 Prozent zur Zigarette. Nach Stimmer (2000) zeigt sich der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Leistung beim Vergleich von Schülern der Oberstufe und Auszubildenden, wobei die Auszubildenden zu höheren Anteilen regelmäßig Alkohol zu sich nehmen.

2.6 STUDIERENDE IN DEUTSCHLAND²

Im Folgenden soll die Lage der Studierenden in Deutschland näher beleuchtet und anhand allgemeiner Fakten und Zahlen dargelegt werden. Weiterhin soll auf spezifischere (Problem-)Bereiche, wie beispielsweise die finanzielle Lage der Studierenden eingegangen werden. Hintergrund ist hier, dass dies als ein besonders bedeutendes Thema im studentischen Leben erachtet wird und sich einige Belastungsfaktoren für das studentische Leben daraus ableiten lassen. Daran anschließend soll der Übergang zu einem Studium, in einer Phase von Entwicklungsanforderungen vor dem Hintergrund der Spätadoleszenz, als besondere Herausforderung erörtert werden sowie Risiken und Gefährdungen, die ein Studium in dieser Lebensspanne mit sich bringen.

Schlussendlich wird kurz auf die Epidemiologie psychischer Schwierigkeiten und Störungen im studentischen Kontext auf nationaler und europäischer Ebene eingegangen.

2.6.1 ALLGEMEINE FAKTEN ZU STUDIERENDEN IN DEUTSCHLAND

Studierende machen einen nicht unerheblichen Anteil der Bevölkerung aus. Im Wintersemester 2008/09 waren 1.998.060 deutsche und ausländische Studierende, also rund zwei Millionen, an deutschen Hochschulen immatrikuliert (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010). Dabei waren 1.397.492 Studierende an Universitäten immatrikuliert und weitere 600.568 an Fachhochschulen. Im Vergleich zum Wintersemester 2005/05, in dem der letzte Sozialbericht erhoben wurde, bedeutet dies eine Steigerung um 2,3%. Diese Subpopulation unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der „Normalbevölkerung“, und von Heranwachsenden ohne Hochschullaufbahn.

Die Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010) liegt inzwischen in der 19. Version vor. Die Erhebung, die im Sommersemester 2009 durchgeführt wurde, umfasst Daten von 16.390 Studierenden an 210 Hochschulen und ist repräsentativ für die Studierenden an den verschiedenen Hochschulen Deutschlands. Ausgeschlossen von der Befragung sind Verwaltungsfachhochschulen, Hochschulen für das Fernstudium und Universitäten, die der Bundeswehr angehören. Die ab Beginn der 1970er Jahre aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung geförderte Befragung wird seit 1951 in meist dreijährigen Rhythmus durchgeführt. Sie ist angelegt als

² Der folgende Abschnitt wurde gemeinsam mit Nora Heine verfasst. Es finden sich neben identischen oder ähnlichen Teilen, die für beide Arbeiten gleichsam relevant sind, den jeweiligen Schwerpunktsetzungen entsprechende inhaltliche Unterschiede.

ein auf wissenschaftlichen Methoden basierendes Berichtssystem, welches das Ziel hat, mittels Befragungen ein umfassendes Bild der Situation der Studierenden in Deutschland aufzuzeigen. Dabei steht die Untersuchung unter der Grundannahme, dass das erfolgreiche Absolvieren eines Hochschulstudiums nicht vom Lernen allein und seinen Bedingungen abhängt, sondern auch von anderen Faktoren wie bspw. der sozialen und wirtschaftlichen Lage. Dabei stehen die soziale sowie wirtschaftliche Situation im Fokus. Es werden aber auch Aspekte der Gesundheit, familiären Situation etc. erfragt. Die Sozialerhebungen stellen die längsten Untersuchungsreihen, außerhalb der amtlichen Statistiken, zur Studierenden- und Hochschulforschung dar. Dabei wird eine repräsentative Stichprobe deutscher sowie ausländischer Studierender an verschiedenen Hochschulen schriftlich befragt. Grundlage der Befragung ist die Annahme, dass Aufnahme, erfolgreiche Durchführung und Abschluss nicht nur von Bedingungen der jeweiligen Universität abhängen, sondern auch durch wirtschaftliche und soziale Faktoren beeinflusst werden.

Die Verteilung von weiblichen und männlichen Studierenden ist seit 2002 annähernd stabil geblieben. Dabei beträgt die Quote im Wintersemester 52,2% Männer und 47,8% Frauen. Nur auf Länderebene sind geringe Unterschiede zu erkennen. Unterschiede zeigen sich hier bezüglich der Anteile auf die einzelnen Hochschularten. Frauen sind beispielsweise an Kunsthochschulen (57,5% Frauen: 42,5% Männer) sowie an Universitäten (51,6% Frauen: 48,4% Männer) anteilig häufiger vertreten als Männer, welche stärker an den Fachhochschulen anzutreffen sind (61,6% Männer: 38,4% Frauen). Der Altersdurchschnitt beträgt 24,5 Jahre, für Studierende eines Erststudiums liegt er mit 24,1 Jahren etwas niedriger. Die Bachelor-Studierenden sind im Schnitt am jüngsten, gefolgt von Staatsexamen-Studenten und Master-Studenten. Bedingt durch den früheren Studienbeginn, sind Frauen durchschnittlich jünger als ihre männlichen Kommilitonen, die zum Teil zum Wehr- oder Ersatzdienst herangezogen wurden. Dabei scheint sich dieser Effekt jedoch zu nivellieren, da durch das Aussetzen des Wehrdienstes eine Angleichung zu erwarten ist. Bezogen auf die familiären Verhältnisse zeigt sich ein Trend, der seit Jahren stabil bleibt. Mehr als die Hälfte der Studierenden (62%) lebt in einer festen Partnerschaft, weitere 43% sind ohne Partner. Nur 6% der Studentinnen und 4% der männlichen Studenten sind verheiratet. Weiterhin haben 5% der Erststudierenden mindestens ein Kind (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010).

STUDENTISCHE FINANZEN

Die Berichterstattung über die finanzielle Lage der Studierenden ist eines der Schwerpunktthemen der 19. Sozialerhebung. Dies begründet sich unter anderem durch die Einführung

der Studiengebühren im Sommersemester 2007 und den angenommenen Veränderungen, die sich daraus ergeben (vgl. Heine, Quast & Spangenberg, 2008). Dabei ließ sich dies in der vorliegenden Sozialerhebung erstmals untersuchen. Der „durchschnittliche Studierende“ verfügt über einen monatlichen Betrag von 812 Euro, wobei die Spannweite als beträchtlich anzusehen ist. Etwa 20 Prozent verfügen über ein monatliches Einkommen von weniger als 600 Euro, weitere 17 Prozent verfügen über mehr als 1000 Euro pro Monat. Vergleicht man dies mit dem BAföG-Höchstsatz von 640 Euro, leben viele Studierende unterhalb dieser Quote und somit unter dem Existenzminimum (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010). Wichtig erscheint an dieser Stelle die Erwähnung, dass der Betrag der Studienbeiträgen von knapp 1000 Euro, wie er in den Ländern die Regel ist, ungefähr 10% des Jahresbudgets des zur Verfügung stehenden Geldes ausmacht. Aus diesen Zahlen ergibt sich, dass ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Studierenden in als nicht adäquat einzustufenden finanziellen Verhältnissen lebt.

Die Mehrheit der Studenten (87%) erhält finanzielle Unterstützung aus dem Elternhaus, mit einem durchschnittlichen Betrag von 445 Euro/Monat (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010; Heine et al., 2008). Zusätzlich arbeiten 65 Prozent der Studierenden neben dem Studium und verdienen hier im Durchschnitt 323 Euro/Monat. Weitere bekommen Geld von Verwandten, Lebenspartnern, Stipendien, BAföG etc. Immerhin 3 Prozent der Studierenden haben zur Finanzierung des Studiums einen (Bildungs-)Kredit aufgenommen. Die Anzahl hat sich seit 2006 verdoppelt (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2010). Eine Umfrage im Auftrag des Reemtsma-Begabtenförderungswerkes (2010) zeigte, dass Geldsorgen ein häufiger Grund für einen Studienabbruch sind. Etwa jeder dritte Studierende in den ersten Semestern dachte demnach schon über den Abbruch des Studiums nach. Unter den finanziell schlechter gestellten waren es 53 Prozent, bei Studierenden ohne finanzielle Sorgen dagegen nur 20 Prozent. Lediglich drei bis vier Prozent der Studierenden gaben keine Probleme bei der Finanzierung des Studiums an. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der Finanzierung des Studiums bezüglich der Herkunft: Kinder aus bildungsfernen Elternhäusern können in weniger Fällen auf die Unterstützung der Eltern zurückgreifen und verdienen zu einem größeren Anteil das Geld für ihren Lebensunterhalt mit einem Nebenjob (Heine et al., 2008).

Von den 63 Prozent der Studierenden, die im Sommersemester 2006 erwerbstätig waren, waren 33 Prozent dies dauerhaft. Das heißt, dass die Erwerbstätigkeit der Studierenden nicht nur auf die vorlesungsfreie Zeit beschränkt ist, sondern oft in den Alltag integriert werden muss. Dabei ist die Zahl der arbeitenden Studierenden im Vergleich zur Erhebung des Jahres

2003 um 3 Prozent erstmals, nach Jahren des Anstiegs, wieder gesunken. Gründe könnten unter anderem in der Einführung von Langzeit- und Studiengebühren in einigen Bundesländern gesucht werden, die viele Studierende zu einem schnellen Abschließen oder zur Aufgabe des Studiums zwingt. Insbesondere die Gruppe der Langzeitstudierenden hatte einen großen Anteil an der Erwerbsquote.

Des weiteren trägt die Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge dazu bei, da die Studierenden sich strengeren Strukturen als in vorherigen Studiengängen zu fügen haben, die die Aufnahme eines Nebenjobs erschweren können (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007).

45 Prozent der Befragten gaben an, aus Notwendigkeit zur Sicherung des Lebensunterhalts arbeiten zu gehen. Studierende arbeiten aber nicht ausschließlich zur Sicherung ihres Lebensunterhalts. Weitere Gründe sind das Sammeln praktischer Erfahrungen (26%) im Beruf, Kontaktaufnahme wie auch die angestrebte Unabhängigkeit von den Eltern (30%). Die ausgeführten Tätigkeiten sind dabei vielfältig. Meist handelt es sich um Aushilfstätigkeiten (40%) wie Kellnern, Taxifahren und Verkauf. Etwa ein Fünftel der Studierenden (32%) sind als studentische Hilfskräfte an den Universitäten beschäftigt.

Heine et al. (2008) haben nach einem Auftrag des Hochschulinformationssystems (HIS) im Jahr 2008 eine Befragung zur Einführung der Studiengebühren und ihren Konsequenzen bei den Studienberechtigten durchgeführt. Der Bericht basiert auf einer repräsentativen Stichprobe von 5.240 Abiturienten und Personen, die die Fachhochschulreife erworben hatten. Die Untersuchung fand Ende 2006/Anfang 2007, als bereits Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen Studiengebühren für Studienanfänger eingeführt hatten, statt. Weitere Länder planten deren Einführung ab den folgenden Semestern. Es zeigte sich, dass aufgrund der entstehenden Studiengebühren, etwa 4 Prozent der Studienberechtigten des Jahrgangs 2006 angaben, sich das ursprünglich angestrebte Studium nicht leisten zu können. Weitere 1 Prozent der Befragten äußerten Unsicherheit, ob sie das Studium aufnehmen sollten. Dabei erwogen jedoch etwa 60 Prozent derer, die ein Studium zum aktuellen Zeitpunkt ausschlossen, dieses zu einem späteren Zeitpunkt aufzunehmen. Somit kann, durch die Einführung der Studiengebühren, von einem Anteil von „abgeschreckten“ Studienberechtigten zwischen mindestens 1,4 Prozent (Aufnahme eines Studiums wird definitiv ausgeschlossen) und maximal 4,4 Prozent (Studium wird eventuell noch in Erwägung gezogen) ausgegangen werden. Nach Heine et al. (2008) handelt es sich in absoluten Zahlen um 6.000 bis 18.000 Studienberechtigten, die die Aufnahme eines Studiums unter diesen Umständen ausschließen.

Zumeist sind hiervon Frauen sowie Kinder aus nicht-akademischen Elternhäusern betroffen. Nur 2 Prozent entschieden sich explizit für die Aufnahme eines Studiums in einem Bundesland mit Studiengebühren, da sie sich eine bessere Ausbildung versprochen.

Brandstätter und Farthofer (2003) konnten in einer österreichischen Studie nachweisen, dass das Ausmaß der Erwerbstätigkeit von Studierenden einen zum Teil erheblichen Einfluss auf den Erfolg und die Zufriedenheit des Studiums hat. Außerdem konnte ein Zusammenhang mit der Häufigkeit des Studienabbruchs ermittelt werden.

2.6.2 STUDIERENDE UND DIE PHASE DER SPÄTADOLESCENZ

Der „typische Student“ nimmt sein Studium im „frühen Erwachsenenalter“ auf, das formal durch den Altersbereich zwischen 18 und 29 Jahren definiert ist (Krampen & Reichle, 2002). Somit fällt die Phase der „Spätadoleszenz“, mit ihrer Spanne zwischen 18 und 24 Jahren in diesen Altersabschnitt (Teuwsen, 2001). Trotz dieser kleinen Unterschiede sollen die Begriffe im Folgenden synonyme Verwendung finden.

Der Lebensabschnitt des frühen Erwachsenenalters, als *„eine der bedeutendsten sozialen Transitionen, die das Individuum im Laufe seiner Ontogenese durchläuft“* (Reis, 1997, S. 176) ist gekennzeichnet durch vielfältige Herausforderungen, die zum Teil als risikobehaftet bezeichnet werden können. *„Das Problemspektrum wird wesentlich durch die hinzukommende Übernahme von Eigenverantwortung für langfristig wirkende, vergleichsweise irreversible Entscheidungen erweitert“* (Reis, 1997, S. 176). Diese „Problembereiche“, auch „Entwicklungsaufgaben“ genannt, umfassen neben dem endgültigen Abschluss der Adoleszenz, der Ablösung vom Elternhaus und der Aufnahme oft langfristiger Partnerschaften, eine weitere Ausbildung der Identität sowie die Aufnahme des Berufslebens oder die Wahl eines Studienfachs und den Eintritt in das universitäre Leben (vgl. Holm-Hadulla, Hofmann, Sperth & Funke, 2009; Teuwsen, 2001; Krampen & Reichle, 2002; Papastefanou & Buhl, 2002). Ziel ist die absolute Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, sowohl in lebenspraktischen Dingen, wie auch Entscheidungen und Verantwortlichkeiten betreffend.

Bereits Anna Freud sah das seelische Gleichgewicht in Gefahr, verursacht durch die turbulenten Jahre der Adoleszenz (Freud, 1936, zitiert nach Leuzinger-Bohleber, 2001). Wird auf die negative Konnotation verzichtet, ist zu erkennen, dass jedoch nur über die Konfrontation und Bewältigung von sogenannten Krisen eine Weiterentwicklung und Reifung der Persönlichkeit möglich ist. Je nach individuellen Vulnerabilitäten generiert sich eine Stärkung oder aber als anderes Extrem des Kontinuums die Ausbildung einer psychischen Störung.

Habermas wies bereits 1959 darauf hin, dass Studierende sich in einer „*eigentümlichen Situation*“ (Habermas, 1959, zitiert nach Krüger, 1969, S. 28) befänden, die sich dadurch auszeichne, „*dass der Student halb erwachsen ist, halb nicht erwachsen sein darf*“ (Habermas, 1957, zitiert nach Krüger, 1969, S. 28). Von Studierenden würde auf der einen Seite eine höhere intellektuelle Leistungsfähigkeit verlangt, zum anderen würde ihnen jedoch nicht der gleiche Status wie bereits im Berufsleben verorteten Gleichaltrigen zugestanden (Krüger, 1969). Krüger (1969) sprach von einer „*festgehaltenen Kindersituation*“, die bei den Betroffenen zu Konflikten führen könne, wenn diese sich nicht mit dieser Unmündigkeit abfinden wollten. Schon zum damaligen Zeitpunkt erkannte er das Spannungsfeld, indem sich die Studierenden bewegten. Zum einen eine Art nicht vollständiger beruflich-gesellschaftliche Akzeptanz, zum anderen jedoch, als „*Bildungselite*“, eine hohe Effizienzerwartung, die von der Gesellschaft an sie herangetragen wurde, die sowohl eine schnelle als auch eine erfolgreiche Beendigung des Studierendenstatus nach sich zog. In diesem Zusammenhang wurde von einer *Inkonsistenz der Rollen* gesprochen (Krüger, 1969; Kaplan (o.J.), zitiert nach Krüger, 1969; Lipset (o.J.), zitiert nach Krüger, 1969).

Spannungen und Probleme des Studierendendaseins zu analysieren wurde jedoch zum damaligen Zeitpunkt als wirtschaftlich nicht rentabel angesehen, weshalb keine kritische Auseinandersetzung der Gründe stattfand. Krüger schrieb sogar, dass der Begriff des „*psychisch kranken Studenten*“ (vgl. Krüger, 1969, S. 28) dankbaren Anklang fand, da er eine Problemlösung, ohne eigene Positionsveränderung erlaubte. Hier sah er eine wichtige Aufgabe der Sozialwissenschaften, in Bezug auf kritischen, sorgfältigen Umgang mit Daten.

Dabei wurde die Aufnahme eines Studiums bereits von Steward et al. (1982) als *normatives, kritisches Lebensereignis* analysiert. Zudem sollte nicht aus den Augen verloren werden, dass mit der Aufnahme eines Studiums die Anerkennung der Gesellschaft als erwachsener Mensch meist hinausgezögert wird, zumindest in den Augen vieler Eltern und großer Teile der Gesellschaft. So spricht Erikson (1959, zit. nach Flögel, 2005, S. 11) auch von einer „*prolongierten Adoleszenz*“ oder von der „*wahrscheinlich größten, gesellschaftlich organisierten, künstlichen Verschiebung des Erwachsenenstatus*“. Studierende befinden sich oftmals in einer widersprüchlichen Lebenslage. Einerseits sind sie ihrem Alter entsprechend mündige Bürger. Auf der anderen Seite sind sie existentiell oft noch von ihren Eltern abhängig, haben nur selten ein gefestigtes Privatleben und sind, nicht zu vergessen, noch in einer Ausbildungssituation, in der Vieles von ihnen, oft parallel, verlangt wird, wie eigenständiges Lernen und Studieren, regelmäßige Teilnahme an Vorlesungen, Seminaren und Übungen, Durchsetzungsfähigkeit, Angstfreiheit bei Redebeiträgen und Referaten, selbstständiges Verfassen von wis-

senschaftlichen Texten, gutes Auftreten in Prüfungssituationen etc. Viele Studierende haben aber gerade in diesen Bereichen – nicht zuletzt durch eine mangelnde schulische Vorbereitung – oft erhebliche Probleme; kommen hier noch Schwierigkeiten bei der eigenständigen Haushaltsführung hinzu, kann dieses zu aufgeprägten Insuffizienzgefühlen und damit wieder zu Gefühlen von Abhängigkeit führen (Flögel, 2005). Einer der wesentlichsten Faktoren für ein Insuffizienzerleben scheint die materielle Abhängigkeit zu sein. Während berufstätige Gleichaltrige bereits eigenes Geld verdienen und selbstständig für ihren Unterhalt sorgen, kommen die meisten Studierenden nicht ohne elterliche Unterstützung aus (Schnitzler, Isserstedt & Müßig-Trapp, 2001).

Im Gegensatz zu traditionellen Gesellschaften, sind die individuellen Lebensläufe in der heutigen postmodernen Technologiegesellschaft nicht mehr vorgezeichnet oder einheitlich. Bereits 1968 bezeichnete Keniston diese Phase zwischen Jugend und Erwachsenenalter als „Post-Adoleszenz“. Der Prozess des Erwachsenwerdens verlaufe immer weniger einheitlich, sondern vielmehr ist eine Reihe unterschiedlicher Abläufe möglich. Einzelne Abschnitte und ihre Abfolge, wie Schulabschluss, Auszug, Berufsausbildung, Heirat und Familiengründung, seien nicht mehr als einheitlich vorauszusetzen (Papastefanou & Buhl, 2002). Dieser Umstand bezieht sich sowohl auf das Privat- wie auch auf das Berufsleben. Während einige bereits in frühen Lebensjahren eine Familie gründen, ist dies insbesondere im studentischen Milieu „nach hinten verschoben“. Krampen und Reichle (2002) sprechen von der Ausbildung sogenannter „Patchwork-Identitäten“, als Abschied der *„geringer werdenden Passung zwischen universell angelegten Phasenlehren zur psychosozialen Entwicklung und Persönlichkeitsentwicklung auf reale Entwicklungsprozesse in den (post-) modernen Gesellschaften“* (zitiert nach Krampen & Reichle, 2002, S. 321-322).

Papastefanou und Buhl (2002) gehen so weit, zu sagen, dass ein Auseinanderklaffen zwischen ökonomischer und psychischer Unabhängigkeit charakteristisch für die Generation sei und somit nicht eben nur für die Subpopulation der Studierenden. Während sich u.a. die psychosexuelle Reife nach vorn verlagere, würden Heirat, Auszug und die Gründung einer Familie nach hinten verschoben werden. Chrisholm und Hurrelmann (1995) bezeichnen diesen Effekt als *„strukturiertes Paradoxon“*.

Aber nicht nur in der Beurteilung durch andere Personen ist dies der Fall, auch die Sichtweise der Person selber hat einen nicht unerheblichen Anteil. Nusko (2001) beschreibt, dass die „verlängerte Adoleszenz“ bei Studenten zum Teil bis ins vierte Lebensjahrzehnt hineinreicht. Dieser Umstand, der von Laufer (1988) als „Entwicklungszusammenbruch“ bezeichnet wird,

ist oft ein Grund für die Ausbildung pathologischer seelischer Störungen, die beispielsweise zum Aufsuchen von Studierendenberatungsstellen führen können (Nusko, 2001).

Bohleber (1996) geht sogar so weit, zu sagen, dass insbesondere die Spätadoleszenz als Zeit der Krisen zu verstehen ist. In dieser Übergangsphase würden die Weichen für eine stabile seelische Verfassung gestellt (Leuzinger-Bohleber, 2001). Die Persönlichkeit und Selbstvorstellung würde von einem „Nebeneinander“ zu einer integrierten Selbstrepräsentanz verknüpft, auf dessen Grundlage in Folge eine stabile Identität fußen kann. Diese Stabilität kann als Grundvoraussetzung für die Entwicklungsaufgaben, die im Erwachsenenstatus bevorstehen, angenommen werden. Greve (2000) setzt das Ende der Adoleszenz mit dem Zeitpunkt gleich, an dem das Individuum wisse, wer es sei und wer es sein wolle. Nach Erikson (1984, zitiert nach Hofer & Pikowsky, 2002) ist die Ausbildung einer eigenen Identität, welches ein lebenslanger Prozess ist, in dieser frühen Phase des Erwachsenwerdens als zentral anzusehen.

Geht man auf die Suche nach Gründen für die Anfälligkeit für psychische Störungen, so kann zusammenfassend davon ausgegangen werden, dass die Phase der Spätadoleszenz als sensibel zu bewerten ist (Holm-Hadulla, 1994)

2.6.3 STUDIUM ALS PHASE DER TRANSITION

Mit dem Abschluss der Schule und der Aufnahme eines Studiums wird ein neuer Abschnitt im Leben beschritten. Während die Schule ein Ort war, der oft klar formulierte Erwartungen an die Schüler herantrug, ist mit dem Wechsel an die Universität mehr Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit gefordert. Der Eintritt in die Hochschule gleicht einem „Kulturschock“, in dem viele Begegnungen, Freiheiten und Möglichkeiten sowie Anforderungen an die jungen Erwachsenen herangetragen werden (Preuss-Lausitz, 1969; Pascarella & Terenzini, 1991).

Neben den akademischen und leistungsorientierten Herausforderungen, kommen auch ganz lebenspraktische Anforderungen auf die Studienanfänger zu. Viele Studierende ziehen aus dem Elternhaus aus, um an der Universität ihrer Wahl studieren zu können, was neben dem Auszug auch oftmals einen Wohnortwechsel nach sich zieht. Das bedeutet eine Distanz zu bisherigen Freunden, vertrauter Umgebung und nicht zuletzt dem schützenden familiären Rahmen. Neben der räumlichen Distanz kommt es oft auch zu einer emotionalen Distanzierung vom Elternhaus. Ein Großteil der Studierenden beginnt mit Aufnahme des Studiums auch erstmals selbstständig Geld zu verdienen (vgl. Bundesministerium für Bildung und

Forschung, 2010; Holm-Hadulla et al., 2009). Viele Erwachsene erleben ihre Studentenzeit rückblickend als eine der einflussreichsten Zeiten ihres Lebens. Berk (2005) bezeichnet sie als „Testraum der Entwicklung“, in der ein Großteil der Kraft und Aufmerksamkeit der Entdeckung von alternativen Werten, Rollen und Verhaltensweisen gewidmet ist.

Die Universität stellt ein neues Sozialisationsfeld dar, mit neuartigen Erwartungen und Anforderungen an die „neuen“ Studierenden. Nach Seiffge-Krenke (1994) sind Personen in ebensolchen Transitionsphasen besonders anfällig für die Ausbildung potentieller Krisen. „Krise“ steht in diesem Zusammenhang für Ereignisse im Leben, in deren Folge eine interne Restrukturierung nötig ist, da sie die Mensch-Umwelt-Balance in gewisser Hinsicht stören. Wenn diese Anpassung und Neuorientierung jedoch nicht gelingt, können psychische und/oder körperliche Probleme eine der Folgen sein (Hornung & Fabian, 2001; Hornung, 1999). Mögliche Belastungen aber auch Ressourcen werden folgend beschrieben.

2.6.4 BELASTUNGEN UND RESSOURCEN IM STUDIUM

Es gibt, je nach wissenschaftlichem Blickwinkel, eine Vielzahl von Modellen für die Erklärung der Entstehung von Substanzmissbrauch, -abhängigkeit oder psychischen Erkrankungen im Allgemeinen. So gibt es disziplinspezifische Modelle, beispielsweise soziologische, medizinische, biologische oder psychologische. Betrachtet man nur letztere, so haben unterschiedliche Schulen voneinander abweichende, „schulenspezifische“ Modelle entwickelt, um Störungen zu erklären. Als ein fach- und schulenübergreifendes Modell, welches versucht, möglichst viele Aspekte zu berücksichtigen, ist das Bio-psycho-soziale Störungsmodell (vgl. Engel, 1977) und dessen Erweiterungen, wie beispielsweise das Diathese- oder Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin & Spring, 1977), anzusehen. Hierbei werden sowohl biologische (wie beispielsweise genetische Faktoren) als auch psychosoziale Prädispositionen (wie chronische Belastungen, soziale Herkunft etc.) als Grundvoraussetzungen angesehen, welche durch das Hinzuführen von Belastungen („Stress“) zu Substanzmissbrauch führen können. In gleicher Weise können jedoch auch „positive“ Prädispositionen, wie beispielsweise eine genetisch bedingte erhöhte Erregungsschwelle und eine günstige psychosoziale Herkunft, die Entstehung einer substanziduzierten Erkrankung *trotz* Belastung verhindern. Darüber hinaus nehmen diverse Moderatorvariablen (protektive wie Risikofaktoren) Einfluss auf die aktuelle Situation und beeinflussen den weiteren Verlauf günstig oder ungünstig. Dies könnte beispielsweise im negativen Sinn ein missbräuchlicher Alkoholkonsum sein, im positiven, die Aufnahme einer partnerschaftlichen Beziehung.

Auch nach Hornung und Fabian (2001) ergibt sich die psychophysische Gesundheit von Personen aus einer Balance zwischen Belastungen und Ressourcen. Auf der Seite der Belastungen stehen beispielsweise studienspezifische Sorgen, aber auch Sorgen in anderen Lebensbereichen, die meist mit unzureichenden Bewältigungsstrategien zu bearbeitet versucht werden. Die andere Seite, die Ressourcen, wird gestärkt durch den Selbstwert, die empfundene Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung. Hier liegen zu größeren Teilen angemessene Strategien der Bewältigung vor.

Stewart et al. (1982) unterscheiden in ihrem *Modell der sozio-emotionalen Anpassung* beim Übergang ins Studium zwischen drei Phasen:

1. *Informationsaufnahme und Orientierung*: Ziel ist die möglichst umfassende Orientierung innerhalb der Strukturen und Regelungen des neuen Systems. Risiken können durch Isolation, Konformismus oder Uninformiertheit entstehen.
2. *Autonomiestreben und Selbstbehauptung*: Ziel ist die eigenständige Auseinandersetzung mit den bestehenden Strukturen und Regelungen. Problematisch kann „Mitläufertum“, generalisierter Widerstand und auch geringe Offenheit gegenüber Neuem sein.
3. *Sozial-emotionale Integration*: ist die sozial-emotionale Integration erfolgreich, so ist die Adaption an den neuen Lebensabschnitt gelungen, während Isolation Vulnerabilität gegenüber beispielsweise einem Studienabbruch, Konsequenzen einer nicht geglückten Adaption darstellen können.

2.6.5 GESUNDHEIT VON STUDIERENDEN

Generell kann die Phase der späten Adoleszenz, der das Studentenleben zugerechnet wird, als gesundheitlich sorgenfreie Zeit betrachtet werden. Die Sozialerhebung erfragt seit der 12. Version auch den Anteil der Studierenden, die körperlich beeinträchtigt sind, worunter Behinderungen wie auch chronische Erkrankungen zu verstehen sind. Aktuellen Zahlen zufolge sind ca. ein Fünftel der Studenten (19%) gesundheitlich beeinträchtigt. Die Art der gesundheitlichen Einschränkungen variiert von Allergien, Hauterkrankungen zu Sehschädigungen und Stoffwechselerkrankungen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007). Dabei sind chronisch-degenerative Erkrankungen stärker verbreitet, als akute oder Infektionserkrankungen, wie es noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Fall war. Diese Trendwende lässt sich unter anderem auf einen veränderten Lebensstil zurückführen, der

ungesunde Lebensgewohnheiten sowie unterschiedlichste Belastungsquellen mit sich bringt (Allgöwer, 2000).

Von den beschriebenen 19%, die gesundheitlich beeinträchtigt sind, fühlen sich 44% durch ihre Erkrankungen im Studium eingeschränkt (22% schwach, 13% mittel und 8% stark). Diese Zahlen decken sich nur teilweise mit denen anderer Befragungen, in denen sich nur 15,1% der Befragten als belastet durch ihre Krankheit empfanden (Allgöwer, 2000).

Im Gesundheitsbericht des Bundes (Robert-Koch-Institut, 2006) schätzen 90,1% der 18-29-Jährigen Männer und 86,7% der Frauen der gleichen Altersgruppe ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bis „gut“ ein. Lediglich ein Prozentsatz von 0,8 der Männer und 1,9 der Frauen bezeichnen ihn als „schlecht“ bis „sehr schlecht“. Betrachtet man diese Zahlen, so fällt auf, dass sich Studierende in erheblich höherem Maß als die Allgemeinbevölkerung der gleichen Altersgruppe als gesundheitlich eingeschränkt empfinden. Allerdings ist fraglich, ob die Zahlen vergleichbar sind, da keine weiteren Informationen über die Erhebungsmethode vorliegen.

In diesem Zusammenhang lieferte auch eine Untersuchung aus der Schweiz interessante Ergebnisse, so scheint es einen Zusammenhang zwischen Dauer des Studiums und der Gesundheitswahrnehmung zu geben: Studierende nahmen sich in der Studie von Brunner und Bachmann (1999) am Anfang des Studiums als am gesündesten wahr. 36,4% der Erstsemester beurteilten ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“, weitere 50,6% als „ziemlich gut“. Der Rest schätzte seinen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ (12%) oder gar „schlecht“ (1,5%) ein. Diese Einschätzungen veränderten sich jedoch mit dem Fortgang des Studiums. War in der mittleren Phase lediglich eine geringfügige Verschlechterung zu verzeichnen, wurde das Befinden zum Ende des Studiums als nochmals schlechter beurteilt: Rund 6% weniger schätzten ihren Gesundheitsstatus als „sehr gut“ ein. Dafür gab ein Prozent mehr als zu Beginn des Studiums an, ihr Gesundheitsstatus sei „schlecht“. Nach einem Jahr des Studiums zeigte sich auch ein Geschlechtereffekt, dahingehend, dass Studentinnen ihren gesundheitlichen Status als schlechter beurteilten, während es bei Aufnahme des Studiums keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen gab.

2.6.6 PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI STUDIERENDEN

Obwohl Studierende einen großen Teil der Bevölkerung ausmachen (siehe oben), liegen nur wenige aktuelle Daten über die psychische Gesundheit von Studierenden in Deutschland vor (vgl. Holm-Hadulla, Hofmann, Sperth & Funke, 2009; Seliger & Brähler, 2007; Pauly, 2004;

Paeßens, 2004; Bailer, Schwarz, Witthöft, Stübinger & Rist, 2008; Holm-Hadulla & Soeder, 1997; Krüger et al., 1986; Soeder, Bastine & Holm-Hadulla, 2001). In vielen der durchgeführten Studien werden zwar Prävalenzen zu psychische Störungen erhoben, substanzinduzierte Auffälligkeiten oder Erkrankungen werden aber oft nur am Rande erwähnt oder fehlen gänzlich (Hammerschmidt & Heine, 2008).

Zu den wichtigsten, regelmäßig durchgeführten Untersuchungen zur Lage der Studierenden in Deutschland zählen die Sozialerhebungen des Deutschen Studentenwerkes. In der 18. Sozialerhebung (Bundesministeriums für Bildung und Forschung, 2007) gaben 11% der Studierenden psychische Krankheiten an. Die Aussagen der Studierenden stützten sich dabei auf Diagnosen, die sie beispielsweise durch ärztliche Befunde oder psychotherapeutische Behandlungen erhalten hatten. Die Erkrankungen schlugen sich in den meisten Fällen (91%) negativ in der Aus- und Weiterführung des Studiums nieder. Obwohl Frauen mit einem Anteil von 12% häufiger von manifesten psychischen Störungen betroffen waren als ihre männlichen Kommilitonen, fühlte sich hier nur etwa jede Dritte (34%) in starkem Maß davon beeinträchtigt. Bei den 9% Männern, die psychische Störungen einräumten, berichtete hingegen fast jeder zweite (47%) von erheblichen Beeinträchtigungen. Eine psychische Erkrankung als Ursache für ein verlängertes Studium ist häufig (Schaefer, Matzeß, Pfitzer & Köhle, 2007) und liegt bei Studienunterbrechern mehr als doppelt so häufig vor wie bei Studierenden anderer Erkrankungen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007). Nach einer Studie von Herzog et al. (1987) korrelierten Substanzmissbrauch als Coping-Strategie gegen Einsamkeit, depressiven Verstimmungen und Spannungszustände mit den psychosozialen Beeinträchtigungen und Studienbelastungen der Befragten. Weitere Studien, zum Beispiel von Kurth et al. (2007) an Medizinstudierenden scheint dies in Teilen zu bestätigen.

Die Wichtigkeit eines sensiblen und realistischen Blicks auf die psychische Gesundheit von Studierenden, die Prävention oder (frühzeitige) Behandlung psychischer Störungen wird außerdem dadurch hervorgehoben, dass es gerade im Verlauf einzelner psychischer Erkrankungen sehr oft zu komorbiden Störungen kommen kann. Hier sei exemplarisch ein gehäuftes Zusammen-Auftreten von Angst, Depression und Substanzkonsum genannt (vgl. Herzog et al., 1987). Zwar kann hier keine Kausalität des Zusammenhangs erschlossen werden, jedoch ergeben sich aus einer Komorbidität von missbräuchlichem Substanzmittelkonsum und dem Vorliegen eines schlechten psychischen Gesundheitszustands weitreichende Risiken für die Gesundheit der Betroffenen. Unter anderem die Quote von 15% unter Studierenden, die Suizidgedanken berichteten (Holm-Hadulla, 1997), 2% von ihnen diese sogar als stark aus-

geprägt beschrieben, zeigt, dass die Beschäftigung mit studentischer Gesundheit keinesfalls vernachlässigt werden sollte.

Die möglichen Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und psychischen Belastungen sollen auch in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, ohne jedoch das Themengebiet der psychischen Störungen unter Studierenden explizit zu beleuchten. Hierzu soll auf die Arbeit von Heine (2011) verwiesen werden, in der der Fokus auf der Untersuchung psychische Belastungen und Störungen im studentischen Kontext liegt.

2.7 ÜBERBLICK ÜBER BISHERIGE INTERNATIONALE FORSCHUNG ZU ALKOHOLKONSUM UNTER STUDIERENDEN

2.7.1 EPIDEMIOLOGIE STUDENTISCHEN ALKOHOLKONSUMS IN DEN VEREINIGTEN STAATEN

Der Trend, zunehmend mehr Risikotrinker unter jungen Erwachsene festzustellen, wurde in den USA bereits seit den 1990er Jahren unter Studierenden beobachtet (Wechsler, Lee, Kuo & Lee, 2000). Dieser Effekt konnte auch in den „Monitoring the Future“-Studien (MFT) der University of Michigan festgestellt werden, wenngleich die Werte nun seit dem Beginn des letzten Jahrzehnts weitgehend stagnieren (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009). In den MFT-Studien werden seit 1980 im jährlichen Rhythmus rund 1.500 Studierende der ersten vier Semester zu ihren Trinkgewohnheiten, Drogen- und Tabakkonsum befragt. Hierbei konnte für 2008 nachgewiesen werden, dass rund 69 Prozent der amerikanischen Studierenden mindestens einmal in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken hatten. Nahezu jeder Zweite dieser Studenten (45 Prozent) *betrank* sich mit fünf oder mehr alkoholischen Getränken innerhalb der vergangenen zwei Wochen und betrieb somit Binge-Drinking (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009; National Survey on Drug Use and Health, 2006; vgl. auch Mitka, 2009). Elf Prozent der alkoholkonsumierenden Studierenden gaben darüber hinaus an, sie hätten bei der letzten Trinkgelegenheit innerhalb der letzten zwei Wochen mehr als zehn alkoholische Getränke zu sich genommen, fünf Prozent berichteten über fünfzehn oder mehr Getränke.

Es zeigte sich, dass sich College-Studenten insgesamt deutlich von altersentsprechenden Nicht-Studenten unterscheiden. Letztere tranken nur zu 55 Prozent in den letzten 30 Tagen überhaupt Alkohol und waren auch deutlich seltener Binge-Drinker (31%) (Johnston,

O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009; Carter, Obremski Brandon & Goldman, 2010; Johnston et al., 2000). Diese Ergebnisse, dass Studierende öfter Alkohol konsumieren und häufiger Binge-Drinker sind als altersentsprechende Nicht-Studierende konnte Pauly (2004) ebenfalls in ihrer deutschen Stichprobe bestätigen (vgl. auch Abschn. 2.8.2).

Darüber hinaus konnten in einer Untersuchung von Dowdall und Wechsler (2002) rund 23% der amerikanischen Studenten als „Heavy User“ (fünfmal oder öfter Binge-Drinking innerhalb der letzten dreißig Tage) klassifiziert werden. Dieser Anteil der Heavy User konsumierte 72% des gesamten unter Studenten getrunkenen Alkohols.

Untersucht nach Geschlechterunterschieden konnte in der MTF-Studie ermittelt werden, dass 48% der männlichen und 44% der weiblichen Studierenden Binge-Drinking betrieben (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009). Hier zeigt sich der Trend, dass sich der Alkoholkonsum unter männlichen Studierenden in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert hat, jedoch der von Studentinnen. Waren im Jahr 1999 von den männlichen Befragten rund 50 Prozent Binge-Drinker, waren es bei den weiblichen nur 34 Prozent (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009; Johnston et al., 2000). Es zeigen sich nun jedoch dies bezüglich zwischen den Geschlechtern keine wesentlichen Unterschiede mehr. Die Unterschiede werden dann hingegen wieder deutlich, wenn man die Prävalenzen des Konsums von *zehn oder mehr*, bzw. *fünfzehn oder mehr* Getränken bei einer Gelegenheit betrachtet: 25 Prozent der Männer tranken zehn oder mehr alkoholische Getränke, jedoch nur sechs Prozent der Frauen. Und nur noch ein Prozent der alkoholkonsumierenden Studentinnen tranken mehr als 15 oder mehr Gläser, wohingegen es bei den männlichen Studierenden immerhin noch elf Prozent waren. Bezüglich des Konsums von *mehr als zehn* alkoholischer Getränke bei einer Gelegenheit scheint sich, bezogen auf das letzte Jahrzehnt, ein insgesamt leicht rückläufiger Trend zumindest bei den Studentinnen abzuzeichnen (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009; Johnston et al., 2000; Presley, 1996).

Zusammenfassend lässt sich somit schlussfolgern, dass sich die Zahlen in den Vereinigten Staaten in den letzten Jahren – zumindest für die männlichen Studierenden – kaum verändert haben. Möglicherweise stagnieren die Werte für Studenten bereits schon seit über zehn Jahren auf diesem hohen Niveau (vgl. Wechsler et al. 2002; Wechsler, 1994b; Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009; Johnston et al., 2000) und wären somit keine aktuelle Erscheinung. Bei den weiblichen Studierenden zeichnet sich der Trend ab, dass sie sich bzgl. des Binge-Drinkings ihren männlichen Kommilitonen immer weiter annähern, auch wenn die Zahl derer rückläufig ist, die extrem viel bei einer Gelegenheit konsumieren.

2.7.2 URSACHEN FÜR ALKOHOLKONSUM VON STUDIERENDEN

Ursächlich für den Konsum und insbesondere auch für den Missbrauch alkoholischer Getränke ist anscheinend nicht ein globaler Hauptgrund, sondern vielmehr eine Vielzahl diverser Faktoren mit relativ kleinen Effekten (Dowdall & Wechsler, 2002). Einige dieser Faktoren sind bereits aufgedeckt und benannt worden und sollen folgend beschrieben werden (vgl. auch Abschn. 2.5.2).

Neben einer zu nachlässigen elterlichen Erziehung oder Lernstress wird als ein Hauptgrund für das exzessive Trinkverhalten amerikanischer junger Erwachsener oftmals die Legalisierung des Alkoholkonsums erst ab einem Alter von 21 Jahren angesehen, welches ihn umso interessanter werden lässt (vgl. Wiarda, 2003). Darüber hinaus belegte eine Studie der University of Michigan in Ann Arbor, dass trotz der Verbote 80 Prozent der meist 18jährigen Schüler der zwölften Klassen bereits Alkohol getrunken hatten (Ärzte Zeitung, 2005), was evtl. für den „Reiz des Verbotenen“ sprechen könnte.

Andere Faktoren, wie beispielsweise Verfügbarkeit von Alkohol auf dem Campus und dessen Umfeld (vgl. Dowdall & Wechsler, 2002), sind, bezogen auf die vorliegende Untersuchung, in Deutschland und im Speziellen in Braunschweig und Wolfenbüttel weitgehend zu vernachlässigen, da hier weder die Institute noch die studentischen Unterkünfte campuszentral gelegen sondern vielmehr im gesamten Stadtgebiet verstreut sind. Daher ist die Verfügbarkeit eher an die normale Infrastruktur des Wohngebietes gekoppelt (Hammerschmidt & Heine, 2008).

Dennoch könnte es auch durchaus Parallelen im Umgang mit Alkohol geben, die ähnliche Trinkmuster wie in den USA oder in anderen europäischen Staaten auch in Deutschland vermuten lassen. Das Ziel eines (vermehrten) Alkoholkonsums scheint nämlich oftmals sehr banal: „betrunken zu werden“ (American Academy of Pediatrics, 1998, zit. nach Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, 2007). Die Absicht, sich zu betrinken, rückt umso mehr in den Vordergrund, je mehr der einzelne Studierende zum Binge-Drinking und insbesondere zum Heavy-Using neigt (Dowdall & Wechsler, 2002).

Brennan et al. (1986) stellten bereits vor rund zwanzig Jahren zwei Hauptmotive für Alkoholkonsum von Studierenden heraus: Soziale Zweckmäßigkeit und emotionale Erleichterung. Diesen ähnlich entwickelte Croning (1997) eine Skala mit drei Hauptdimensionen, welche die Gründe fürs Trinken messen sollten. Diese Dimensionen sind soziale Kameradschaft, Verbesserung der Stimmung und Druckreduktion. Noch feinschichtiger konnten

Webb et al. (1996) unter englischen Studenten fünf Hauptgründe für den Konsum alkoholischer Getränke ausfindig machen, die ebenfalls nicht maßgeblich an das englische System gekoppelt sind: Spaß, Gewohnheit, Erzeugung von Vertrauen, Angst und Stress sowie gemeinschaftliches Spaßerleben. Wobei insgesamt auch die Alkoholwirkungserwartung ein nicht zu vernachlässigen Faktor darstellt (Barnow, Stopsack, Spitzer & Freyberger, 2007, vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008).

Diese Ergebnisse bezüglich der Trinkmotivation konnten auch bei jugendlichem Alkoholkonsum erst jüngst wieder festgestellt und damit verifiziert werden (Wurdak, Dörfler, Eberhard & Wolstein, 2010).

Zusammenfassend stellen sich zwei Hauptfaktoren dar, denen sämtliche Trinkgründe untergeordnet werden können: 1. sozialer/externaler Faktor: zur Erzeugung von kameradschaftlichen Gefühlen, Vertrauen, Spaß und Verbesserung der Stimmung im sozialen Kontext. 2. persönlicher/internaler Faktor: Reduktion von Spannung, Stress und negativen Emotionen. Das National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism (1995, zit. nach SAMHSA, 2007) konnte in diesem Zusammenhang beispielsweise einen positiven Zusammenhang zwischen studentischem Binge-Drinking auf amerikanischen Colleges und depressiven Erkrankungen nachweisen und bestätigte damit diesen Zusammenhang auch im studentischen Kontext. Zur tatsächlichen Vorhersage des zu erwarteten Konsums eignen sich allerdings die sozialen Motivationsfaktoren besser als die persönlichen (vgl. auch Kuntsche et al. 2005), obwohl sich in Regressionsmodellen beide Faktoren als signifikante Prädiktoren herausgestellt hatten (Haden & Edmundson, 1991). Ebenfalls konnte ein positiver Zusammenhang zwischen studentischem Binge-Drinking und der Entwicklung einer Essstörung aufgezeigt werden (Khaylis, Trockel & Taylor, 2009).

2.7.3 ALKOHOLKONSUM UND WOHNSTITUATION

Einen Einfluss auf Trinkmenge und -frequenz scheinen auch die jeweiligen Wohngegebenheiten zu haben, denn wie O'Hare (1990) zeigen konnte, neigen Studierende, die nicht im elterlichen Zuhause, sondern auf dem Campus wohnen, dazu, deutlich mehr und öfter zu trinken; bei den männlichen Studenten lag die Anzahl der sogenannten Heavy-User unter den Campusbewohnern doppelt so hoch wie bei ihren Kommilitonen, die bei den Eltern wohnten (Presley et al., 2002). Ein Hauptgrund dafür scheint die mangelnde elterliche Kontrolle zu sein (vgl. Valliant & Scanlan, 1996; Baer, 2002), und die Wahrnehmung der gegebenen Trinknormen der Peers (vgl. Read et al., 2002). Hier scheint sich auch das Sprichwort

„gleich und gleich gesellt sich gern“ zu bestätigen – so zeigt sich ein starker Zusammenhang zwischen dem eigenen Trinkverhalten und der Einschätzung des Trinkverhaltens der Freunde (Wechsler & Kuo, 2000). Der Zusammenhang zwischen dem Trinkverhalten der Peer-Group und dem eigenen scheint einer der aussagekräftigsten Prädiktoren für Alkoholkonsum unter Studenten zu sein. Einfluss auf den Alkoholkonsum hat somit auch die Zusammenstellung einer Wohngemeinschaft, einer besonders unter Studierenden weitverbreiteten Wohnform (Duncan et al., 2005).

2.7.4 WECHSEL VON HIGH SCHOOL ZUM COLLEGE

Ein wichtiger Zeitpunkt für die Änderung im Alkoholkonsum scheint der Wechsel von der Highschool zum College zu sein. Hier konnte aufgezeigt werden, dass Trinkfrequenz und Konsummenge nach dem Wechsel bei vielen jungen Erwachsenen deutlich anstiegen (Baer et al., 1995; Read et al., 2002; O'Malley & Johnston, 2002) und anschließend auf diesem Niveau bis ans Studienende verblieben (u.a. Wechsler et al., 1994a, Read et al., 2002). Dieses Phänomen konnte in Langzeitstudien besonders bei Personen festgestellt werden, deren Freunde nicht abstinent lebten (z.B. Reifman et al., 1998; Curran et al., 1997; Duncan et al., 2005) (vgl. auch Abschnitt 2.5.1). Diejenigen Studierenden allerdings, die bereits zu Highschool-Zeiten „Binge-Drinker“ waren, änderten ihr Trinkverhalten nach dem Wechsel kaum (Wechsler et al., 2000), so dass Highschool-Binge-Drinking als ein guter Prädiktor für späteres College-Binge-Drinking angesehen werden kann – insbesondere bei männlichen Studenten (National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995, zit. nach SAMHSA, 2007). Dieser Effekt tritt verstärkt auf, wenn es Mitbewohner gibt, die ähnliche „Trinkgewohnheiten“ vorweisen (Duncan et al., 2005; Presley et al. 2002).

2.7.5 ALKOHOLKONSUM UND STUDENTISCHE VERBINDUNGEN

In zahlreichen Studien (u.a. Cashin et al., 1998; Presley et al., 1993; Lo & Globetti, 1993; Werner & Greene, 1992; Klein, 1989) konnte darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen hoher Trinkmenge und -frequenz und der Mitgliedschaft in einer studentischen Verbindung, sog. *Greek organizations*, festgestellt werden. Beispielweise zeigten Wechsler et al. (1995), dass 60% der Verbindungsstudenten („Fraternity members“) bereits zu High-School-Zeiten Heavy-User waren und dass 75% der Bewohner von Verbindungshäusern nach dem Wechsel von High-School zu College Heavy-User wurden.

Ähnliche Ergebnisse könnte man auch in Deutschland vermuten, da hoher und hochfrequenter Alkoholkonsum ebenfalls mit Studenten, die Mitglied einer Burschenschaft oder einer

Corporation sind, in Verbindung gebracht wird. Eine Untersuchung an 87 männlichen Verbindungsstudenten in Braunschweig konnte einen deutlich erhöhten Konsum alkoholischer Getränke sowie eine erheblich stärker Neigung zum Rauschtrinken bestätigen (Zick, 2010).

2.7.6 STUDENTISCHER ALKOHOLKONSUM UND DIE FOLGEN

Wie oben bereits genannt, kommt es aufgrund von Alkoholintoxikation immer häufiger zu Krankenhauseinlieferungen. Nicht aber allein die direkte physiologische Wirkung des Alkohols in Form einer Vergiftung führt zu ambulanten oder stationären Behandlungen, sondern vielfach sind es indirekte Auswirkungen des Konsums, wie beispielsweise Verkehrsunfälle durch Fahruntüchtigkeit oder Verletzungen durch Schlägereien. Rund eine halbe Million College-Studierende werden jährlich alkoholbedingt im Krankenhaus behandelt. Laut einer Studie des National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism an der Harvard University (vgl. Hingson et al., 2002) sterben jährlich rund 1400 amerikanische Studierende im Alter von 18-24 Jahren an den Folgen des unmittelbaren Alkoholkonsums. 1100 davon verunfallen tödlich im Straßenverkehr. Die restlichen Todesfälle entstehen zumeist durch Stürze, Erstickten, Ertrinken, Verbrennungen oder durch Schussverletzungen. Die hohe Zahl an Verkehrstoten lässt sich anhand der Angaben erklären, dass mehr als ein Viertel (27,8%) der Befragten im vergangenen Jahr unter Alkoholeinfluss aktiv am Straßenverkehr teilnahm (Fahren eines Autos oder eines anderen Fahrzeuges) und dass 38,9% angaben, im letzten Monat mit jemandem mitgefahren zu sein, der zuvor Alkohol getrunken hatte (Hingson et al., 2002; Males, 2010).

Weit häufiger kommt es allerdings zu nichttödlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums, die aber dennoch zu schweren Verletzungen, Infektionen oder Traumatisierungen führen können. Laut des College Alcohol Survey (CAS) der Harvard School of Public Health (1999, zit. nach Hingson et al., 2002) kam es unter Alkoholeinfluss bei rund einer halben Million College-Studenten zu Verletzungen, 400.000 hatten ungeschützten Geschlechtsverkehr (vgl. auch Cooper, 2002; DeSimone, 2010), 110.000 hatten aufgrund ihrer Alkoholintoxikation nichteinvernehmlichen Sex, 633.000 wurden durch betrunkene Kommilitonen angegriffen (vgl. auch Giancola, 2002) und 71.000 waren Opfer eines sexuellen Übergriffs bzw. einer Vergewaltigung.

Ein Zusammenhang zwischen Alkoholmissbrauch und sexuellen Übergriffen konnte auch in zahlreichen weiteren Studien bestätigt werden (z. B. Brener et al., 1999; Fisher et al., 2000; Dowdall & Wechsler, 2002; Perkins, 2002; Abbey, 2002). Nach Abbey et al. (2002) stehen rund

50% aller sexuellen Übergriffe, denen Studierende ausgesetzt sind, im Zusammenhang mit Alkohol. Dieses konnte ebenfalls durch weitere Untersuchungen belegt werden (u.a. McCauley, Calhoun & Gidycz, 2010; Abbey et al., 1996, Abbey et al., 1998; Copenhaver & Grauerholz, 1991; Harrington & Leitenberg, 1994; Presley et al., 1997; Scribner et al., 2010). Ursächlich scheint eine veränderte Wahrnehmung insbesondere bei Männern zu sein, die sich nach Alkoholgenuss häufig kräftiger, sexuell interessierter und aggressiver zeigen und im Zuge dessen die weibliche Reaktion als „wohlgesonnen“ einschätzen und folgend als sexuelles Interesse deuten (Brown et al., 1980; George & Norris, 1991; Presley et al., 1997).

Eine weitere alkoholbedingte Folge besteht in Beeinträchtigungen im universitären Kontext, wie dem Fehlen in Seminaren oder dem schlechten Abschneiden bzw. Nichtbestehen von Prüfungen aufgrund des hohen Alkoholkonsums (Perkins, 2002). Des weiteren konnte ein Zusammenhang zwischen selbstberichteten Krankheiten und der Anzahl von Drinks pro Woche festgestellt werden (Engs & Aldo-Benson, 1995). Auch andere Studien bestätigen diesen Trend: Je mehr Alkohol zu sich genommen wird, desto häufiger kommt es zu Erkältungskrankheiten und anderen akuten Krankheiten (Perkins, 2002).

Insgesamt zeigt sich, dass sämtliche alkoholbezogenen Probleme mehrheitlich die sogenannten Heavy-User trifft; mehr als 60% aller mit Alkohol in Zusammenhang gebrachter Probleme von Studierenden betrifft diese Trinkergruppe (Wechsler, 2001; Wechsler et al., 1999). Wobei hier das Risiko, Schwierigkeiten durch das Trinken zu bekommen, umso höher ist, je regelmäßiger bzw. je öfter stark getrunken wird (Dowdall & Wechsler, 2002). Dies zeigt sich u.a. auch in einem hohen Zusammenhang zwischen starkem episodischen Trinken und selbstberichteten Problemen im Studium (Wechsler et al., 1994b). Hier liegt allerdings auch ein sehr großes Problem vor, denn gerade Heavy-User erwarten vom Alkoholtrinken positive Effekte auf ihr Sozial- und Sexualverhalten und andererseits weniger kognitive und verhaltensabhängige Beeinträchtigungen (Werner et al., 1995; Pedersen, Neighbors & Larimer, 2010). Darüber hinaus zeigte sich, dass die Selbstwahrnehmung insofern als problematisch einzustufen ist, dass negative Auswirkungen oftmals bagatellisiert werden und die Personen sich selber nicht als gefährdet einstufen (Perkins, 2002).

2.8 ÜBERBLICK ÜBER BISHERIGE NATIONALE FORSCHUNG ZU ALKOHOL-KONSUM UNTER STUDIERENDEN

Alkohol gehört anscheinend schon seit Jahrhunderten zum „lustigen Studentenleben“ in Deutschland dazu. Zahlreiche historische studentische Trinklieder zeugen hiervon, wie beispielsweise Archipoetas 1163 verfasstes Lied „Meum est propositum“ oder Goethes „Ergo bibamus“ aus dem Jahr 1810. Bis in die heutige Zeit wird ein hoher Alkoholkonsum im studentischen Milieu angenommen, was sich auch durch Medienberichte oder spezielle, bisweilen humorvoll-bagatellisierende Internetseiten zu bestätigen scheint – hier sei nur am Rande die inzwischen wieder geschlossene Website www.besoffenestudenten.de genannt. Dabei sollte die Alkoholproblematik an deutschen Universitäten durchaus ernst genommen werden.

Wie oben gezeigt wurde, existiert eine Vielzahl Studien zu Konsumverhalten von Jugendlichen und Studenten, speziell aus dem angloamerikanischen Raum. Im Folgenden soll noch einmal gesondert auf den deutschen Forschungsstand eingegangen werden, da dieser im Speziellen als Vergleichsgrundlage dienen soll. Insgesamt betrachtet existieren bis dato nur eine überschaubare Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen, die sich explizit mit dem Thema beschäftigten. Eben genau dieser Umstand rechtfertigt weitere Untersuchungen – wie sie in der vorliegenden Arbeit durchgeführt wurden.

2.8.1 STUDIE VON BAILER ET AL. (2009)

Bailer, Stübinger, Dressing, Gass, Rist & Kühner (2009) konnten in ihrer Untersuchung an 1.115 Studierenden im Dezember 2003 feststellen, dass 30,1 Prozent aller Studierenden Alkohol in problematischer Weise konsumierten. Damit stehen sie der Untersuchung zufolge in starkem Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, für die ein Wert von 8,1 Prozent ermittelt werden konnte. Auch in dieser Untersuchung konnten Geschlechterunterschiede aufgezeigt werden: männliche Studierende waren mit 43,9 Prozent deutlich häufiger von einem sog. „Alkoholsyndrom“, wie es von den Autoren beschrieben wurde, betroffen als weibliche mit 11,5 Prozent.

Hieraus ergab sich sowohl für männliche als auch weibliche Studierende ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko für ein „Alkoholsyndrom“ als in der Allgemeinbevölkerung. Die Risikoerhöhung zeigte sich jedoch nach Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht mehr signifikant.

Das problematische Verhalten am studentischen Alkoholkonsum lag der Untersuchung zufolge hauptsächlich an einer Pflichtvernachlässigung infolge des Alkoholkonsums. Hierzu zählen u.a. das verspätete oder Nichtwahrnehmen von Verpflichtungen oder Alkoholisierung im beruflichen Kontext. Bei den männlichen Kommilitonen kamen darüber hinaus noch Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Umgang infolge des Alkoholkonsums dazu.

Aufgrund der Zahlen könnte hier auch eine erhöhte Prävalenzrate von Alkoholabhängigen in der studentischen Stichprobe vermutet werden; dies jedoch konnte in der Untersuchung nicht festgestellt werden. Die Daten deuten somit eher auf einen missbräuchlichen, durch Binge-Drinking gekennzeichneten Konsum hin, nicht jedoch auf einen habituellen oder abhängigen.

2.8.2 KÖLNER STUDIE VON PAULY (2004)

Einer vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung in Auftrag gegebenen Studie der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen in Köln aus den Jahren 2002 bis 2004 zufolge, leiden ungefähr 20 Prozent der deutschen Studierenden an einer psychischen Auffälligkeit, wie Essstörungen, Depressionen oder eben einer Suchtproblematik (Pauly, 2004). Insgesamt beteiligten sich 2500 Studenten aus Köln, Paderborn und Aachen an der Beantwortung des Fragebogens zu suchtnahen Verhaltensweisen. Auch in dieser Untersuchung wurde im Gutachten zur Bewilligung der nötigen Forschungsgelder aufgezeigt, dass Forschung auf diesem Gebiet dringend erforderlich sei, da sie sowohl einen hohen Praxisbezug aufweise, als auch bisher ein eher stiefmütterlich behandeltes Themengebiet gewesen sei.

In der Untersuchung von Pauly (2004) wurde der Konsum von Alkohol, Nikotin und Cannabis von 2.624 Erst-Studierenden ($M = 22,8$ Jahre) an drei nordrhein-westfälischen Hochschulen beleuchtet sowie das damit in Verbindung stehende Studierverhalten. Die erhobenen Daten geben Auskunft über Aspekte des Substanzkonsums, des Studiums und der psychischen Gesundheit. Außerdem wurde der Einfluss psychischer Beeinträchtigungen auf das Studium untersucht. Die Studie zeigte des weiteren, wie sich das studentische Konsumverhalten von Alkohol, Tabak und Cannabis von dem einer nichtstudentischen Vergleichsgruppe unterscheidet.

Beim der gezielten Untersuchung des Alkoholkonsums zeigte sich, ähnlich wie in den amerikanischen Studien, dass auch deutsche Studierende zum missbräuchlichen und Rauschtrinken (Binge-Drinking) neigten. Dafür war aber die Zahl der Alkoholabhängigen unter den

Studierenden als niedriger einzuschätzen als in der nichtstudentischen Vergleichsgruppe. Dasselbe ergab sich beim Rauchen.

Es konnte ebenfalls bestätigt werden, dass trinkende Studierende mit einer komorbiden psychischen Störung, wie beispielsweise eine depressive Episode, ausgeprägter Substanzmissbrauch betrieben. Dieser Trend manifestierte sich insbesondere bei weiblichen Studierenden. Die Konsequenz des missbräuchlichen Konsums, einer psychischen Störung oder der Kombination beider, spiegelt sich in mehreren Bereichen wider: negativer Studienverlauf, negatives Studierverhalten und allgemeine Leistungseinbußen (vgl. auch Bachmann et al., 1999). Auch hier zeigten sich deutliche Parallelen zu den Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten.

In ihrer Untersuchung konnte Pauly (2004) weiter aufzeigen, dass nur rund 10 Prozent der Befragten in den letzten 30 Tagen gar keinen Alkohol getrunken hatten – umgekehrt: rund 90 Prozent tranken wenigstens einmal innerhalb der letzten 30 Tage in irgendeiner Form Alkohol. Unter den „trinkenden“ Studenten zeigte sich aber ein bekanntes Phänomen: Trinkmenge und Trinkfrequenz (gemessen in Tagen) verlaufen proportional, d.h. je häufiger Alkohol konsumiert wurde, desto mehr wurde auch getrunken. Die Rate der Binge-Drinker (hier: mind. einmal *mehr* als fünf alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit in den *letzten 14 Tagen*) lag bei 39,6 Prozent – scheinbar geringere Werte als unter amerikanischen Studenten. Allerdings ist bei solchen Vergleichen die unterschiedliche Definition des Binge-Drinking zu beachten: Zählte man in der Kölner Studie von Pauly diejenigen Personen dazu, die (genau) fünf Getränke bei einer Gelegenheit zu sich nahmen und erweiterte man den Konsumzeitraum von 14 auf 30 Tage wie der National Survey on Drug Use and Health (2006), so wäre zu vermuten, dass der Anteil der Binge-Drinker noch deutlich höher wäre.

Man erkennt die Brisanz der Definition u.a. an einem konkreten Beispiel: Nach Pauly läge der Anteil der Heavy-User unter den Binge-Drinkern bei 28,9 Prozent, nach der amerikanischen Definition allerdings bei 43,5 Prozent.

Unabhängig vom Phänomen Binge-Drinking konnte Pauly den Anteil der Probanden, die nach DSM-IV-Kriterien Alkoholmissbrauch betrieben und/oder bereits eine Alkoholabhängigkeit entwickelt hatten, ermitteln und anhand dieser Zahlen auch die Geschlechtsdifferenzen deutlich machen (Tabelle 8):

Tabelle 8: Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit – Kölner Studie (Pauly, 2004) (Angaben in Prozent)

	Geschlecht		
	männlich	weiblich	Gesamt
Missbrauch nach DSM-IV	17,1	10,5	13,8
Abhängigkeit nach DSM-IV	11,4	2,7	7,0
Gesamt	28,5	13,2	20,8

Männliche Studierende betrieben hiernach deutlich häufiger Missbrauch und waren mehr als dreimal so häufig von Abhängigkeit betroffen wie ihre Kommilitoninnen.

Pauly konnte im Vergleich mit Repräsentativerhebungen ebenfalls feststellen, dass der Anteil der Probanden, die Alkoholmissbrauch betrieben, in der studentischen Gruppe fast dreimal so hoch war wie in der nichtstudentischen Vergleichsgruppe. Beim Thema Abhängigkeit unterschieden sich beide Gruppe kaum voneinander.

Es zeigte sich aber insgesamt, dass die studentische Stichprobe mit 20,8% erheblich höhere Werte in Bezug auf alkoholbezogene Störung (nach DSM-IV) aufwiesen als eine nichtstudentische Vergleichsgruppe mit 14,2%. Hier trat außerdem eine weitere Auffälligkeit zu Tage: Zwar waren Studentinnen nur halb so oft von Missbrauch und Abhängigkeit betroffen wie ihre Kommilitonen, allerdings lag ihr Anteil mit 13,2% um ein Vielfaches höher als bei Frauen, die nicht studierten (3,8%).

Eine weitere Frage in der Kölner Studie untersuchte, ob es einen Zusammenhang zwischen subjektiv empfundenen psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen und einem riskanten Konsummuster gibt. Hier konnte gezeigt werden, dass Studierende, die einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen, ihren gesundheitlichen Status subjektiv schlechter bewerteten als Studierende mit normalem Trinkverhalten. Des weiteren konnte ein Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen, wie affektiven, somatoformen und Angst-Störungen sowie dem Missbrauch von Alkohol nachgewiesen werden. Diese Daten decken sich somit mit den Ergebnissen diverser Studien, die signifikant höhere Auftretenswahrscheinlichkeiten von psychischen Störungen vor dem Hintergrund von Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch zeigen konnten (vgl. Regier et al., 1990, Kessler et al., 1994, Angst, Dobler-Mikola & Binder, 1984, Lieb et al. 2000, Lieb & Isensee, 2007).

Bezüglich des Nikotinkonsums konnte Pauly (2004) in der Kölner Studie an den 2.252 Befragten folgende Zahlen feststellen:

- Raucher: 18,8%
- Gelegenheitsraucher: 15,6%
- Ex-Raucher: 11,3%
- Nichtraucher: 54,3%

Diese Ergebnisse zeigen auf, dass der Anteil der Raucher unter Studenten deutlich geringer war als in der Gesamtbevölkerung, der nach Angaben der BzgA im Jahr der Untersuchung bei 53,8% lag (zit. nach Pauly, 2004); Studierende neigten dafür eher zum „Gelegenheitsgebrauch“. Pauly vermutete dahinter verschiedene Schichtzugehörigkeiten, da der soziale Status von Studierenden (auch heute noch) höher einzuschätzen ist. Neueste Zahlen der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes scheinen diese Vermutung zu bestätigen (Robert-Koch-Institut, 2010). In Familien mit niedrigerem Sozialstatus wird deutlich mehr geraucht – ebenso ist hier das Einstiegsalter niedriger und der Konsum höher (Helmert et al. 2000; Klein, 2002).

2.8.3 BRAUNSCHWEIGER STUDIE VON HAMMERSCHMIDT & HEINE (2008)

In einer an der Technischen Universität Braunschweig durchgeführten Untersuchung im Jahr 2006/2007 (Hammerschmidt & Heine, 2008), die als Voruntersuchung für die vorliegende Arbeit gilt, wurden mittels Fragebogen 316 Studierende bezüglich ihres Alkoholkonsums befragt. Daneben wurden weitere themenrelevante Merkmale wie Depressivität, körperliche Beeinträchtigungen und Studienzufriedenheit mit erhoben.

Hier zeigte sich, dass bei einem Vergleich der erhobenen Daten an Braunschweiger Studierenden mit denen der repräsentativen Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys (vgl. Augustin & Kraus, 2005), anders als erwartet, nur marginale Unterschiede in den Häufigkeiten der einzelnen Verteilungen des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) zu finden waren (Tab. 9), was zunächst auf einen ähnlichen Konsum schließen ließ, insbesondere deswegen weil sich die durchschnittliche monatliche Trinkmenge nicht von der der Gesamtbevölkerung grundlegend unterschied.

Tabelle 9: Vergleich der Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) des Epidemiologischen Suchtsurveys mit denen der Braunschweiger Studie von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008)

	Konsumkategorie				
	abstinent	risikoarm	riskant	gefährlicher Konsum	Hochkonsum
Epidemiologischer Suchtsurvey 2003	16,8%	71,1%	9,3%	2,5%	0,3%
Braunschweiger Studie 2006/07	11,3%	76,5%	9,6%	2,3%	0,3%

Beim Geschlechtervergleich konnte ebenfalls große Parallelen zum Survey aufgezeigt werden. Dennoch war auffällig, dass es unter den befragten Studentinnen keine gab, die gefährlichen oder Hochkonsum betrieb, jedoch auch deutlich weniger, die abstinent waren. Hammerschmidt & Heine folgerten daraus, dass dieses Ergebnis Ausdruck der studentischen Kultur sein könne, Alkohol im studentischen Kontext „dazu gehöre“ (Studentenpartys etc.) und abstinentes Verhalten daher seltener als in der Normalbevölkerung auftrete.

Bei den männlichen Studierenden ergaben sich noch größere Ähnlichkeiten mit der Repräsentativerhebung.

Bei genauerer Betrachtung konnten schließlich doch – zum Teil deutliche – Unterschiede zum Survey aufgedeckt werden: Zwar unterschieden sich die Studierenden nicht hinsichtlich ihrer Konsummenge, jedoch deutlich im Muster ihres Konsum. Betrachtet wurde bspw. das *Binge-Drinking*. Unter Studierenden war mehr als die Hälfte (57,1%) Binge-Drinker, im Survey weniger als ein Drittel (31,6%). Darüber hinaus waren in der Braunschweiger Untersuchung von den Binge-Drinkern 17,8% Heavy User, im Vergleich zu 12,9% in der Allgemeinbevölkerung. Der Trend zum Rauschtrinken konnte hierbei für beide Geschlechter aufgezeigt werden. Hammerschmidt und Heine schlussfolgerten daraus ein Trinkmuster in Richtung zu punktuell massiertem, statt kontinuierlich moderatem Trinken.

Vor diesem Hintergrund konnten auch deutliche Unterschiede bezüglich einer Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsproblematik zwischen der studentischen Stichprobe und der Repräsentativerhebung (Suchtsurvey) ermittelt werden (Tab. 10). Es zeigten sich in der studentischen Stichprobe erheblich größere Anteile von Personen mit Missbrauchs- bzw. Abhängigkeits-symptomen als in der Allgemeinbevölkerung.

Tabelle 10: Alkoholismus-Screening (CAGE) – Vergleich Braunschweiger Untersuchung 2006/07 mit dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2003 (vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008)

		Braunschweiger Studie 2006/07		Epidemiologischer Suchtsurvey 2003	
		CAGE-Cluster		CAGE-Cluster (letzte 12 Monaten)	
		unauffällig	auffällig	unauffällig	auffällig
Gesamt	Anzahl (N)	214	100	7341	679
	Prozent	68,2%	31,8%	91,3%	8,7%

Als ein möglicher Einflussfaktor auf den Alkoholkonsum wurde der Partnerschaftsstatus untersucht. Es konnte aufgezeigt werden, dass Personen, die angaben, noch nie eine Partnerschaft gehabt zu haben, zumeist abstinent lebten oder risikoarm zu trinken, wohin gegen Personen mit wechselnden Partnern mehrheitlich Alkohol in riskanter bis gefährlicher Weise konsumierten.

Weiter wurde vor dem Hintergrund der seinerzeit begonnenen Umsetzungen der Bologna-Beschlüsse der Studienabschluss als Beeinflussungsgröße für Alkoholkonsum untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass Bachelor-Studierende vermehrt zum Binge-Drinking und insbesondere auch zum Heavy-Using neigten (Tab. 11). Hammerschmidt & Heine interpretierten die Ergebnisse im Zusammenhang mit den strukturierten Studierplänen, den gestiegenen zeitlichen Anforderungen sowie dem möglicherweise hierdurch erhöhten Stressempfinden.

Tabelle 11: „Binge-Drinking“-Kategorien, getrennt nach angestrebtem Abschluss in der Braunschweiger Untersuchung von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008)

		„Binge-Drinking“-Kategorien			
angestrebter/nächster Abschluss		Kein „Binge-Drinker“	„Binge-Drinker“	Heavy-User	Gesamt
Vordiplom	Anzahl	48	56	15	119
	% von Abschluss	40,3%	47,1%	12,6%	100%
Diplom	Anzahl	54	49	21	124
	% von Abschluss	43,5%	39,5%	16,9%	100%
Bachelor	Anzahl	20	7	15	42
	% von Abschluss	47,6%	16,7%	35,7%	100%
Gesamt	Anzahl	122	112	51	285
	% von Abschluss	42,8%	39,3%	17,9%	100%

Eine weitere Analyse konnte zwar eine Korrelation zwischen empfundener Unzufriedenheit mit den Studienbedingungen und erhöhten Werten auf den Skalen zur Depressions- und Somatisierungsmessung, nicht aber zu erhöhtem Alkoholkonsum aufzeigen. Ebenso zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Trinkmenge und klinischer Symptomatik im Sinne von Depressivität oder Somatisierung.

2.8.4 GESUNDHEITSSURVEY FÜR STUDIERENDE IN NORDRHEIN-WESTFAHLEN (2010)

Der Gesundheitssurvey für Studierende in NRW ist mit einer Teilnehmerzahl von 3.306 Studierenden eine der umfangreichsten deutschsprachigen Untersuchungen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Studierenden. Er untersucht hierbei u.a. auch den Konsum von Alkohol, Nikotin und anderen Drogen. Durchgeführt wurde die Studie im Wintersemester 2006/07 an zwölf staatlichen Universitäten und vier Fachhochschulen in Nordrhein-Westfalen (Helmer, Mikolajczyk, Meier & Krämer, 2010).

In Bezug auf Alkoholkonsum konnten hier studierendenspezifische Charakteristika aufgezeigt werden, die zu anderen Populationsgruppen unterschiedlich sind: Studierende tranken den Ergebnissen zufolge eher unregelmäßig, jedoch bei bestimmten Anlässen größere Mengen. Es konnte ebenfalls ein deutlicher Geschlechtereffekt aufgedeckt werden; männliche Studierende gaben exzessives Trinken viel häufiger an als weibliche Studierende (Tab. 9). Dieses vor allem bei den männlichen Studierenden auffällige Verhalten trat vorwiegend zu Beginn des Studiums auf und nahm im weiteren Verlauf zunehmend ab.

Die Unterschiede bei den Geschlechtern zeigten sich ebenfalls bei der Frequenz: Fast die Hälfte (46,5%) der Studenten tranken mehrmals pro Woche Alkohol, bei den Studentinnen tat dies nur jede fünfte (20,7%) (Tab. 12).

Tabelle 12: Trinkverhalten von Studierenden in NRW 2006/07 (Angaben in Prozent) (Helmer, Mikolajczyk, Meier & Krämer, 2010)

	Geschlecht		
	Frauen (n= 1699)	Männer (n= 1522)	Gesamt (n= 3307)
Exzessives Trinken^a			
nie/selten	68,2	38,8	54,4
1-3mal pro Monat	25,6	34,9	30,0
mind. 1mal pro Woche	6,2	26,3	15,7
Trinken von Alkohol (generell)			
höchstens 1mal pro Woche	79,3	53,5	67,1
mehr als 1mal pro Woche	20,7	46,5	32,9

^a: (Frauen > 4; Männer > 5 alkoholische Getränke pro Sitzung)

Des weiteren wurde auch der Konsum illegaler Drogen untersucht. Auch hier konnte ein Geschlechtereffekt aufgedeckt werden, der jedoch als weniger ausgeprägt als beim Alkohol-

konsum beschrieben wurde. Insgesamt hatte rund ein Drittel der Befragten schon einmal Marihuana konsumiert, 8,5% innerhalb des letzten Monats. Darüber hinaus tranken Studierende, die Marihuana konsumierten, auch verhältnismäßig mehr Alkohol. Andere Drogen spielten eher untergeordnet eine Rolle, ebenso Psychopharmaka (Helmer, Mikolajczyk, Meier & Krämer, 2010).

Zusammenfassend lässt sich postulieren, dass sich die Ergebnisse der verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchung zumeist nur marginal unterscheiden, wenngleich ein direkter Vergleich aufgrund der verschiedenen Methodik schwierig ist. Vielfach beschriebene Phänomene, wie Geschlechterunterschiede sowie Neigung zum unregelmäßigen aber massierten Alkoholkonsum können repliziert werden, seien es angloamerikanische, deutsche oder europäische Studien (einen aktuellen Überblick geben bspw. Wicki, Kutsche & Gmel, 2010).

**IST EIN LEBEN AUF DER WELT
DAS VOR ALLEM MIR GEFÄLLT,
IST ES DAS STUDENTENLEBEN
WEIL'S VON LAUTER LUST UMGEBEN!
JA, DER FREUDE SONNENSCHEN
LASSEN WIR INS HERZ HINEIN.
UNS GEZIEMT VOR ALLEN DINGEN
MIT DER JUGEND LEICHTEN SCHWINGEN
ZWANGLOS DURCH DIE WELT ZU SPRINGEN.**

H. von Fallersleben, 1842

3. FRAGESTELLUNG

Das Hauptziel dieser Arbeit soll die Untersuchung des Alkohol-Trinkverhaltens von Studierenden sein. Diesbezüglich wurden exemplarisch Studierenden dreier niedersächsischer Hochschulen, der Technischen Universität Braunschweig, der Hochschule für Bildende Künste Braunschweig und der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel untersucht.

3.1 EINBETTUNG DER FRAGESTELLUNG

Als Folge von hoher Belastung und Stress, resultierend unter anderem aus der aktuellen wirtschaftlichen Lage, fühlen sich – global betrachtet – viele Menschen psychisch beeinträchtigt und suchen vermehrt Hilfe durch psychotherapeutische Maßnahmen (Ott, 2009). Eine solche Entwicklung ist jedoch nicht nur für die bereits arbeitende Bevölkerung eine Belastung, sondern überschattet oftmals die berufliche Ausbildung und den Prozess des Erwachsenwerdens bereits junger Heranwachsender. Über derartige Probleme von jungen Erwachsenen wird wiederkehrend in den Medien berichtet – als ein Beispiel hierfür sei der Artikel „Wir Krisenkinder. Wie junge Deutsche ihre Zukunft sehen“ aus dem Magazin der SPIEGEL (2009) genannt. Man kann vermuten, dass Studierende hiervon ebenfalls betroffen sind oder sich durch ebensolche negativen Meldungen aus der Wirtschaft und vom Arbeitsmarkt verunsichert fühlen und Zukunftsängste entwickeln (z.B. Stolz, 2005). Viele Studierende machen sich demnach Sorgen um ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt nach dem Studienabschluss, zumal der Anteil der gering bezahlten, befristeten Praktika im Anschluss an ein Studium in den letzten Jahren zugenommen hat.

Zusätzlich zu der beschriebenen Problematik nach dem Studium sollte die Um- und Neustrukturierung der universitären Ausbildung nicht vergessen werden. Diese Umgestaltung des Studiums wurde 1999 im Zuge des „Bologna-Prozesses“ angestoßen, mit dem Ziel, bis zum Jahr 2010 europaweit einheitliche und anerkannte Studienabschlüsse zu schaffen. Im Rahmen dieses Prozesses sollte die Qualität der Studienangebote verbessert werden, die Studiendauer verkürzt und eine breitere Beschäftigungsfähigkeit der Absolventen erreicht werden. Im Zuge dieser Hochschulreform kam und kommt es bisweilen zu erheblichen Problemen, beispielsweise berichten Studierende von erhöhten Leistungsanforderungen, insbesondere im Hinblick auf die Zulassungsvoraussetzungen zu den Master-Studiengängen (Fischer & Minks, 2008). Aber auch insgesamt scheinen sich im Vergleich zum Jahr 2000 einigen Bedingungen dies bzgl. verändert zu haben, so berichteten 2008 deutlich mehr Studierende in einer vom Hochschulinformationssystem (HIS) durchgeführten Untersuchung zu Ursachen eines Studienabbruchs über Leistungsprobleme, schlechte Studienbedingungen und Prüfungsversagen als 2000 (Heublein, Hutzsch, Sommer, Besuch & Schreiber, 2009).

Dies scheint sich auch dadurch zu bestätigen, dass die Abbrecherquote unter Studierenden, insbesondere in den naturwissenschaftlichen und technischen Disziplinen, deutlich höher ist als sie es früher in einem Diplomstudiengang war. Dieser Trend konnte in einer jüngst veröffentlichten Studie des Stifterverbands für die Deutsche Wissenschaft nachgewiesen werden (Hetze, 2011).

Des weiteren scheint die Reputation des Bachelor-Abschlusses insbesondere bei studienberechtigten Schulabgängern eher gering zu sein. In diesem Zusammenhang werden diverse empfundene Nachteile, wie Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt, schlechte Studienorganisation, geringe Spezialisierungsmöglichkeiten und geringe Freiheit bei der Studiengestaltung angegeben (Heine, Spangenberg & Sommer, 2006; Heublein et al., 2009). Darüber hinaus ergeben sich durch die partielle Umstellung und Neugliederung der Lehrinhalte Probleme bezüglich der Passung zu Anforderungen des Arbeitsmarktes.

Da häufig über Zusammenhänge von hohen Belastungen und einem vermehrten Alkoholkonsum im Sinne einer Coping-Strategie berichtet wird, soll in der vorliegenden Untersuchung auch dieser Frage nachgegangen werden. Andererseits konnten im studentischen Milieu auch gezeigt werden, dass veränderte Konsummuster im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht zwingend durch höhere Belastungen erklärt werden müssen, sondern dass dieses Konsumverhalten ein Teil der studentischen Kultur sein kann, die eher mit sozialem Zusammenleben assoziiert werden kann (vgl. z.B. Hammerschmidt & Heine, 2008).

3.2 ABLEITUNG DER FRAGESTELLUNG

Im Folgenden soll nun vor dem beschriebenen Hintergrund die Ableitung der expliziten Fragestellung in Bezug zum Alkoholkonsum unter Studierenden erfolgen (vgl. auch Hammerschmidt & Heine, 2008).

Immer wieder wird in den Medien über exzessiven Alkoholkonsum unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen berichtet. Besonders plakative Einzelfälle werden hierfür in den Brennpunkt gesetzt und suggerieren einen immer maßloser werdenden Umgang mit Alkohol insbesondere unter jungen Menschen (vgl. u.a. Hollweg, Mayer, Reinke-Nobbe & Plewnia, 2010; Steinvorth, 2009, Spiegel online, 2009a; Spiegel online, 2009b; Spiegel online, 2007a; Braunschweiger Zeitung, 2007; Schwentker, 2007). Das Nachrichtenmagazin „Focus“ beispielsweise widmete im Februar 2010 dem Thema große Aufmerksamkeit und gab eine ganze Ausgabe unter dem Titel „Jugend, Party, Alkohol!“ heraus.

Aber ob dieser Trend für die breite Masse der jungen Bevölkerung tatsächlich so zutrifft, bleibt kritisch zu hinterfragen, denn wissenschaftliche Untersuchungen zeigen eher Gegenläufiges: Das Gros junger Menschen trinkt weniger als noch vor Jahren; nur eine vergleichsweise geringe Anzahl von Jugendlichen und jungen Erwachsenen trinkt in großen Mengen und hochfrequent (Schwentker, 2007; Kraus, Rösner, Baumeister, Pabst & Steiner, 2006). Jugendlicher Alkoholkonsum im Allgemeinen soll jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht im Mittelpunkt stehen, dies bezüglich soll auf zahlreiche Veröffentlichungen zu diesem Thema verwiesen werden.

Dennoch stellen sich vor diesem Hintergrund zahlreiche Fragen zum Thema Alkoholkonsum: Trifft diese Entwicklung auch auf die Gruppe der Studierenden zu? Und können auch unter Studierenden aus der Braunschweiger Region Geschlechterunterschiede aufgezeigt werden: Trinken Studentinnen weniger und seltener als ihre männlichen Kommilitonen? Können Unterschiede zwischen den Studienabschlüssen aufgedeckt oder Zusammenhänge mit dem Studienfach ermittelt werden?

Es sollen in diesem Zusammenhang auch Ergebnisse vorwiegend angloamerikanischer Forschung über studentisches Trinkverhalten referiert und an deutschen Studierenden überprüft werden. Es zeigte sich beispielsweise, wie bereits in Abschnitt 2.7 erläutert wurde, dass Rauschtrinken (*Binge-Drinking*) unter amerikanischen Studenten weit verbreitet ist (vgl. O'Malley & Johnston, 2002; Wechsler, Lee, Kuo & Lee, 2000; Wechsler et al., 2002). Ob dieses Verhalten auch auf Deutschland übertragbar ist, soll zunächst anhand der Prävalenz global

betrachtet und folgend vor dem Hintergrund spezifischer Fragestellungen und Hypothesen spezifischer untersucht werden. Hierbei soll auf soziobiografische Faktoren, die Struktur des Studiums sowie auf mögliche Zusammenhänge von psychischen Belastungen und Alkoholkonsum näher eingegangen werden.

Die untersuchungsleitenden Hypothesen der vorliegenden Untersuchung generieren sich sowohl aus der vorliegenden Literatur als auch aus der Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Sind sie aus anderen Untersuchungen hergeleitet, soll der Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse nachgegangen werden. Insbesondere soll auch zur Studie von Hammerschmidt und Heine (2008) Bezug genommen und die Ergebnisse verglichen werden.

Interessanterweise scheint in Deutschland die Problematik des exzessiven Trinkens von Jugendlichen und jungen Erwachsenen erst in den letzten Jahren in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gerückt zu sein, wobei das psychische Gesamtbefinden von Studierenden im Allgemeinen und das Trinkverhalten im Besonderen bislang so gut wie gar nicht beleuchtet wurde. Dabei könnte es sich auch in Deutschland von dem der nichtstudentischen Vergleichsgruppe stark unterscheiden.

Im Folgenden werden aufgrund der thematischen Schwerpunkte Fragestellungen und Hypothesen wie auch die Darstellung der Ergebnisse in drei Themenblöcke unterteilt. Spezifische Fragestellungen und Hypothesen werden zwar begrifflich getrennt, aufgrund der besseren Lesbarkeit jedoch fortlaufend nummeriert. Einige der Fragestellungen und Hypothesen sind hierbei an die Braunschweiger Untersuchung von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008) angelehnt, so dass ein Vergleich der studentischen Stichproben möglich ist.

Zunächst soll auf die Prävalenz bezüglich einzelner *Charakteristika des Trinkverhaltens* im Allgemeinen eingegangen werden. Ziel ist es, die studentische Stichprobe in Abgrenzung zu den repräsentativen Stichproben der Epidemiologischen Surveys zu beschreiben und eventuelle Besonderheiten dieser Population erkennen zu können. Anschließend soll das studentische Trinkverhalten *im Speziellen* vor dem Hintergrund spezifischer Hypothesen und Fragestellungen betrachtet werden. Hierbei gilt es, mögliche Veränderungen oder Trends, beispielsweise durch die Umsetzung der Bologna-Beschlüsse, im Vergleich zur Braunschweiger Voruntersuchung (Hammerschmidt & Heine, 2008) aufzudecken. Darüber hinaus wird auf eine Studie der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2003 von Pauly (2004) Bezug genommen, um auch hiermit das Binge-Drinking unter Studierenden zu vergleichen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde aufgrund der Vergleichbarkeit der Daten mit der Voruntersuchung von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008) die ursprüngliche Einteilung der Konsumkategorien (Pabst & Kraus, 2008) beibehalten. Infolge dessen werden die Daten dieser Untersuchung auch mit den Ergebnissen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 (Pabst & Kraus, 2008) verglichen, da im folgenden Survey 2009 (Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010) die Einteilung der Konsumkategorien gemäß der DHS (Seitz et al., 2008) erfolgte (vgl. Abschnitt 2.3.9) und somit die direkte Vergleichbarkeit aller Daten nicht möglich gewesen wäre.

3.2.1 PRÄVALENZ

Hauptziel der Untersuchung ist es, einen Überblick über studentische Trinkgewohnheiten zu geben und diese in Vergleich zur Gesamtbevölkerung im Allgemeinen und zur altersentsprechenden Vergleichsstichprobe am Speziellen zu stellen sowie im weiteren einzelne spezielle Aspekte zu beleuchten. Hierbei soll der Alkoholkonsum anhand verschiedener, allgemein gebräuchlicher Parameter gemessen werden. Untersucht werden soll die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge pro Tag und die daraus resultierende Einteilung in Konsumkategorien nach Pabst und Kraus (2008). Des weiteren soll anhand der Analyse der alkoholfreien Tage zwischen zwei Trinkgelegenheiten auf die Konsumfrequenz eingegangen werden. Um einen missbräuchlichen Konsum aufzudecken, soll das Phänomen Binge-Drinking und dessen Häufigkeit untersucht werden, um schließlich mittels des Screening-Fragebogens CAGE (vgl. Ewing, 1984) die Prävalenz von Alkoholmissbrauch bzw. Abhängigkeit zu beschreiben.

Die Prävalenz des Nikotinkonsums unter Studierenden soll abschließend untersucht und beschrieben werden, ohne jedoch spezifisch auf diese Problematik einzugehen. Im Hinblick auf nationale (u.a. Pauly, 2004; Kraus et al., 2008; Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010) sowie internationale (u.a. Wechsler et al., 1994b; Johnston et al., 2000) Forschungsergebnisse ist zu vermuten, dass die Anzahl der Raucher unter Studierenden deutlich geringer ist als unter Nichtstudenten.

Zur Abschätzung der Güte des Online-Fragebogens wurde im Anschluss an die Befragung ein klinisches Interview durchgeführt (vgl. Abschnitt 4.4).

3.2.2 DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN UND ALKOHOLKONSUM

In einem zweiten Block sollen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Alkoholkonsummustern mit *demographischen Faktoren* untersucht werden. Hierbei spielen vor allem Unterschiede zwischen den Geschlechtern eine Rolle. In zahlreichen Voruntersuchungen konnten Geschlechterunterschiede bzgl. des Alkoholkonsums wiederholt aufgezeigt werden. Zumeist zeigte sich ein deutlich höherer Konsum bei Männern mit den damit einhergehenden erhöhten Prävalenzen für Missbrauch und Abhängigkeit sowie einem erhöhten Risiko für Alkoholfolgeerkrankungen (vgl. z.B. Kraus, Pabst, Piontek & Müller, 2010; Kraus, Rösner, Baumeister, Pabst & Steiner, 2008; Pabst & Kraus, 2008; Kraus, Rösner, Baumeister, Pabst & Steiner, 2006; Augustin & Kraus, 2005; Gmel, Rehm & Frick, 2003; Presley, 1996). Dieses Phänomen konnte auch im studentischen Milieu nachgewiesen werden (vgl. u.a. Hammerschmidt & Heine, 2008; Pauly, 2004). Auch in der vorliegenden Untersuchung wird davon ausgegangen, dass sich Studenten von Studentinnen in Bezug auf das Trinkverhalten unterscheiden. Daraus abgeleitet, generiert sich die folgende untersuchungsleitende Hypothese (vgl. auch Hammerschmidt & Heine, 2008):

HYPOTHESE 1: MÄNNLICHE STUDIERENDE UNTERSCHIEDEN SICH VON WEIBLICHEN IN BEZUG AUF IHREN ALKOHOLKONSUM.

Des weiteren soll der Einfluss des Alters auf den Alkoholkonsum untersucht werden. Die zahlreichen medialen Berichterstattungen von Alkoholexzessen betreffen vorwiegend Jugendliche und junge Erwachsene, so dass der Eindruck entsteht, es handele sich hierbei um ein spezifisches Problem dieser Altersgruppe. Tatsächlich konnte auch in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen werden, dass Binge-Drinking in der Altersgruppe der 18-29 Jährigen am häufigsten vertreten ist (Stimmer, 2000; vgl. auch Robert-Koch-Institut, 2010). Bei genauerer Untersuchung zeigte sich darüber hinaus eine weite Verbreitung von Heavy Using bei den 18-20 Jährigen. Auch Bezug auf riskanten Alkoholkonsum konnte gezeigt werden dass diese Altersgruppe am häufigsten hiervon betroffen ist, mit einer stetigen Abnahme der Häufigkeit bis zum 39. Lebensjahr (u.a. Pabst, Piontek, Kraus & Müller, 2010; Pabst & Kraus, 2008). Hieraus lässt sich die folgende Hypothese ableiten:

HYPOTHESE 2: DAS ALTER DER STUDIERENDEN HAT EINEN EINFLUSS AUF DEN ALKOHOLKONSUM

In weiteren Studien konnte aufgezeigt werden, dass eine partnerschaftliche Beziehung als ein protektiver Faktor in Bezug auf die Ausbildung einer Missbrauchs- und Abhängigkeitsproblematik anzusehen ist (vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008; Gemeinhardt, 2008; Universität Bielefeld, 1997; Pauly, 2004). Anhand der Frage nach dem Beziehungsstatus soll untersucht werden, ob das Vorhanden- bzw. Nichtvorhandensein einer partnerschaftlichen Beziehung Auswirkungen auf Konsummuster haben, ob beispielsweise auch in der vorliegenden Stichprobe eine feste Partnerschaft tendenziell eine „protektive“ Funktion gegenüber hohem Alkoholkonsum hat. Die zu untersuchende Hypothese lautet daher wie folgt:

HYPOTHESE 3: DER PARTNERSCHAFTSSTATUS HAT BEI STUDIERENDEN EINEN EINFLUSS AUF DEREN ALKOHOLKONSUM.

3.2.3 STUDIENSTRUKTUR, -ZUFRIEDENHEIT UND ALKOHOLKONSUM

Ein weiterer Schwerpunkt der Untersuchung liegt auf der Analyse der Zusammenhänge studiumsbezogener Aspekte, wie der *aktuellen Zufriedenheit mit den Studienbedingungen, angestrebter Abschlüsse* sowie *unterschiedlicher Studiengänge*, im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol. Hierbei soll auch auf die bereits oben erwähnten Veränderungen bei der Umstrukturierung der Studienabschlüsse eingegangen werden (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007, Brandstätter & Farthofer, 2003). Wie bereits erwähnt beinhalten die Prozesse im Zuge der Bologna-Beschlüsse zahlreiche Belastungsfaktoren, die unter Umständen in einem Abbruch des Studiums (Heublein et al., 2009; Hetze, 2011), jedoch auch in einem vermehrten Konsum alkoholischer Getränke z.B. als Coping-Strategie enden können.

Somit sollen die möglichen Auswirkungen von Zufrieden- bzw. Unzufriedenheit mit den aktuellen Studienbedingungen auf das Trinkverhalten anhand einer weiteren Frage untersucht:

FRAGESTELLUNG 4: HAT UNTER STUDIERENDEN DIE ZUFRIEDENHEIT MIT DEN AKTUELLEN STUDIENBEDINGUNGEN EINEN EINFLUSS AUF IHREN ALKOHOLKONSUM?

Auch zeigte sich, dass viele Abiturienten abgeschreckt sind, von den zu entrichtenden Gebühren oder durch die Umstellung der Abschlüsse im Zuge der Bologna-Beschlüsse (vgl. Heine, Spangenberg & Sommer, 2006; Spiegel Online, 2009d; Heublein et al., 2009; Hetze,

2011). In der Untersuchung von Hammerschmidt und Heine (2008) konnte in diesem Zusammenhang höchstsignifikante Unterschiede ermittelt werden. Bachelor-Studierende waren demnach öfter Risikokonsumenten, neigten häufiger zu Binge-Drinking und waren öfter Heavy User. Es soll somit der Frage nachgegangen werden, ob sich diese Ergebnisse replizieren lassen und, bzw. oder ob sich weitere systematische Unterschiede zwischen den Abschlüssen aufdecken lassen:

FRAGESTELLUNG 5: UNTERSCHIEDEN SICH STUDIERENDE UNTERSCHIEDLICHER ANGESTREBTER ABSCHLÜSSE IN BEZUG AUF IHREN ALKOHOLKONSUM?

Des weiteren soll erforscht werden, ob spezielle Fachrichtungen das Trinkverhalten beeinflussen. Auf Fakultätsebene ergaben sich in der Studie von Hammerschmidt und Heine (2008) dies bzgl. keine systematischen Unterschiede. Im Folgenden soll hier dieser Fragestellung, jedoch mit einer abgeänderten Fachzuteilung, noch einmal nachgegangen werden:

FRAGESTELLUNG 6: UNTERSCHIEDEN SICH STUDIERENDE UNTERSCHIEDLICHER STUDIENRICHTUNGEN IN BEZUG AUF IHREN ALKOHOLKONSUM?

Auf eine Untersuchung zu Unterschieden zwischen den drei untersuchten Hochschulen wurde bewusst verzichtet. Zum einen wurden die Abschlüsse der Fachhochschulen im Rahmen des Bologna-Prozesses denen der Universitäten gleichgestellt, zum anderen erfolgte auch eine Angleichung über mehr Praxisinhalte in den universitären Studiengängen, so dass eine Analyse über Unterschiede eher zwischen Studienfächern als zwischen den Hochschulen sinnvoll erscheint. Die Ergebnisse könnten somit darüber hinaus ggf. auch vor dem Hintergrund politischen Interesses falsch interpretiert werden.

3.2.4 ALKOHOLKONSUM UND PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNG SOWIE SUBSTANZBEDINGTER VERLETZUNGEN

Der folgende Themenschwerpunkt soll der Beschreibung möglicher Zusammenhänge zwischen der Ausprägung psychischer Probleme, wie Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung, und dem Konsum von Alkohol dienen. Er dient zugleich der groben Beschreibung *depressiver, ängstlicher und somatischer Symptome* in der studentischen Stichprobe (einen detaillierten Überblick gibt Heine, 2011). Zusammenhänge zwischen einer erhöhten Symptomausprägung bis hin zu manifesten psychischen Störungen mit einem erhöhten

Konsum alkoholischer Getränke konnte in zahlreichen nationalen wie internationalen Studien nachgewiesen werden (vgl. u.a. Hammerschmidt & Heine, 2008; Pauly, 2004; National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995, zit. nach SAMHSA, 2007). Auch in der vorliegenden Untersuchung soll dieser Frage nachgegangen werden:

FRAGESTELLUNG 7: GIBT ES EINEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM TRINKMUSTER UND DER AUSPRÄGUNG EINER KLINISCHEN SYMPTOMATIK IN BEZUG AUF DEPRESSIVITÄT, ÄNGSTLICHKEIT UND SOMATISIERUNG?

In einer Untersuchung der Berliner Charité (Neumann et al., 2004) konnte darüber hinaus aufgezeigt werden, dass sich eine Alkoholerkrankung (Missbrauch, Abhängigkeit) insbesondere an dessen Beginn oftmals durch Bagatellverletzungen infolge eines erhöhten Alkoholkonsum bemerkbar macht. Hammerschmidt & Heine (2008) konnten in ihrer Studie an 316 Studierenden ebenfalls einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Verletzungen und Alkoholmissbrauch nachweisen. In der vorliegenden Untersuchung soll dieser Zusammenhang an einer größeren Stichprobe anhand der letzten Hypothese überprüft und ggf. repliziert werden:

HYPOTHESE 8: VERLETZUNGEN, DIE SICH PERSONEN IM ALKOHOLISCHEN RAUSCHZUSTAND ZUGEZOGEN HABEN, STELLEN EINEN GUTEN ZUSAMMENHANG FÜR RISKANTEN ALKOHOLKONSUM DAR.

**IM WINTER TRINK ICH UND SINGE LIEDER
AUS FREUDE, DASS DER FRÜHLING NAH IST.
UND KOMMT DER FRÜHLING, TRINK ICH WIEDER –
AUS FREUDE, DASS ER ENDLICH DA IST**

Friedrich Bodenstedt

4. METHODISCHES VORGEHEN³

Im folgenden Abschnitt soll das methodische Vorgehen bei der Durchführung der Untersuchung dargestellt werden. Hierbei wird in Abschnitt 4.1 auf die zugrunde liegende Stichprobe eingegangen. Die Untersuchungsverfahren (vgl. Abschnitt 4.2), die Erhebung (vgl. Abschnitt 4.3) sowie die Methoden der Auswertung (vgl. Abschnitt 4.4) werden darauf folgend dargestellt.

4.1 ERHEBUNG UND AKQUISE

Das Untersuchungsdesign der vorliegenden Untersuchung ergab sich sowohl aus den theoretischen Vorüberlegungen (vgl. Kapitel 2) als auch den methodischen Anforderungen. Dabei liegt der Schwerpunkt der Arbeit auf der Untersuchung des Alkoholkonsums von Studierenden.

Die Ergebnissen verschiedener nationaler und internationaler Studien zum Alkoholkonsum, sowohl in der Bevölkerung im Allgemeinen als auch im studentischen Kontext im Speziellen, dienen als Vergleichsgrundlage für die erhobenen Daten von Studierenden dreier regionaler Hochschulen (TU Braunschweig, HBK Braunschweig, FH Braunschweig-Wolfenbüttel). Ziel ist es, wie in der Fragestellung unter Abschnitt 3.1 und 3.2 formuliert, die studentische Stichprobe in Abgrenzung zu den repräsentativen Stichproben der Surveys zu beschreiben und eventuelle Besonderheiten dieser Population erkennen zu können.

Des Weiteren sollen die gewonnen Daten mit den Ergebnissen der Braunschweiger Studie von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008) verglichen werden, um so mögliche Verände-

³ Das folgende Kapitel wurde gemeinsam mit Nora Heine verfasst. Es finden sich neben identischen oder ähnlichen Teilen, die für beide Arbeiten gleichsam relevant sind, den jeweiligen Schwerpunktsetzungen entsprechende inhaltliche Unterschiede.

rungen und Trends beim Alkoholkonsum von Studierenden aufzudecken, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Umsetzung der Bologna-Beschlüsse und der damit verbundenen Umstellung der Studienabschlüsse. Darüber hinaus wird auf eine Studie der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 2003 von Pauly (2004) Bezug genommen, um auch hiermit das Binge-Drinking unter Studierenden zu vergleichen.

Im Unterschied zur Untersuchung von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008), die mithilfe einer „Papier-und-Bleistift“-Befragung durchgeführt worden war, wurde in der vorliegenden Arbeit ein webbasierter Online-Fragebogen verwendet. Dieses Medium bietet im Vergleich zu herkömmlichen Verfahren zahlreiche Vorteile, wie beispielsweise Zeiteffizienz, geringerer Aufwand und finanzielle Kosten sowie eine hohe Objektivität und eine höhere Akzeptanz (Thielsch & Weltzin, 2009). Mögliche Nachteile, beispielsweise eine Selbstselektion, sollten aufgrund der Art der Akquise (s. Abschnitt 4.1) nicht wesentlich höher als in einer schriftlichen Bearbeitungsform einzuschätzen sein. Eine mögliche Verfälschung der Ergebnisse durch Mehrfachdurchlaufen des Fragebogens durch einen Teilnehmer wurde über eine Kontrolle via IP-Adressen und Beantwortungszeitpunkt minimiert, ohne dabei die Anonymität der Teilnehmer zu gefährden. Eine Verfälschung der Daten durch Mehrfachteilnahme wird überdies als unwahrscheinlich beurteilt (Birnbaum, 2004), bzw. führt bei hinreichend großen Stichproben zu keinen wesentlichen Verzerrungen (Srivastava et al., 2003).

Trotz der Beachtung und hinreichenden Kontrolle möglicher Störfaktoren der Online-Befragung über die o.g. Methoden, wurde zur weiteren Absicherung der Güte und zur Analyse von Sensitivität und Spezifität des Online-Fragebogens im Anschluss ein klinisches Interview (*Mini-DIPS*, Margraf, 1994; vgl. Abschnitt 4.4.3) durchgeführt. Hierdurch ist es möglich, die Ergebnisse des Online-Verfahrens noch einmal kritisch zu überprüfen. Darüber hinaus können pathologische Trinkmuster und hohe psychische Belastungen im Interview spezifiziert und ggf. in klinisch relevante Diagnosen überführt werden. Anschließend wurden die Ergebnisse des Online-Fragebogens in den jeweiligen Skalen, bezogen auf ihre Beurteilung in *unauffällig* und *auffällig*, mit den Diagnosen im Interviews verglichen, hinsichtlich des Vorliegens einer psychischen Störung (Näheres bzgl. psychischer Störungen siehe Heine, 2011) (vgl. Abschnitt 4.3).

Somit können durch das zweistufige Verfahren zum einen die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Güte überprüft und zum anderen die Gültigkeit im Allgemeinen verbessert werden.

Der Fragebogen wurde am 25. Mai. 2008 als Online-Version im Internet zur Bearbeitung freigeschaltet. Die Studierenden wurden im Vorfeld und während der Untersuchung durch

verschieden Informationsübermittlungen akquiriert: So wurde auf der Internet-Startseite der TU Braunschweig eine Kurzinformation zur Befragung sowie ein Link zum Online-Fragebogen veröffentlicht (passive Rekrutierung). Darüber hinaus wurden alle Fachschaften der verschiedenen Studiengänge der TU Braunschweig, deren E-Mail-Adresse öffentlich zugänglich war, angeschrieben und darum gebeten, den Link zur Online-Befragung über jeweilige Mailinglisten (Online-Verteiler) zu verbreiten (aktive Rekrutierung). Im dritten Schritt wurden – äquivalent zu den Fachschaften – sämtliche registrierte und über die TU Braunschweig online verlinkte studentische Gruppierungen angeschrieben, darunter alle Musik- und Sportgruppen sowie verschiedene studentische Verbindungen und Burschenschaften. Ursprünglich war die flächendeckende Akquise der Studierenden über eine Information per E-Mail durch das Rechenzentrum der TU Braunschweig geplant. Dieses Vorhaben konnte jedoch aus datenschutzrechtlichen Bedenken seitens des Rechenzentrums nicht realisiert werden.

Da die Befragung regional durchgeführt und nicht auf die TU Braunschweig begrenzt werden sollte, wurden auch Studierende der Hochschule für Bildende Künste in Braunschweig sowie der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel akquiriert.

Verantwortliche der FH Braunschweig-Wolfenbüttel konnten vom Konzept der Untersuchung überzeugt werden und erklärten sich bereit, alle Studierenden per Mail über die Online-Befragung zu informieren.

Eine flächendeckende Akquise von Studierenden der HBK konnte leider nicht umgesetzt werden, da eine Kooperation mit den zuständigen Stellen der HBK nicht zustande kam – auch wiederholte Anfragen blieben unbeantwortet.

Die Studierenden der Online-Befragung wurden, wie bereits in Abschnitt 4.1 beschrieben, akquiriert. Nach Auswertung der Befragungsergebnisse des Online-Fragebogens wurden alle Studierenden, die sich in der Online-Befragung bereit erklärt hatten ($n = 540$), an einem weiteren Klinischen Interview teilzunehmen, per Mail bezüglich eines Interviewtermins angeschrieben.

4.2 STICHPROBE

Die vorliegenden Daten wurden Studierenden der Technischen Universität Braunschweig (TU), der Hochschule für Bildende Künste (HBK) sowie der Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel (FH) mit Hilfe von zwei Verfahren, einem Online-Fragebogen sowie einem Klinischen Interview (Mini-DIPS nach Margraf, 1994), erhoben (vgl. Abschnitt 4.4 zur Beschreibung der Verfahren).

4.2.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG DER ONLINE-BEFragung

Insgesamt nahmen 2.805 Studierende an der Online-Befragung teil. Aufgrund fehlender Angabe fielen 457 Studierende aus der Stichprobe heraus. Ausgeschlossen wurden darüber hinaus bei den jeweiligen Fragestellungen alle Personen, die keine Angaben zu Geschlecht und Alter machten sowie nicht alle Fragen zum Thema Alkohol, Depressivität und Ängstlichkeit sowie Somatisierung beantwortet hatten.

Insgesamt konnten somit die Daten von 2.348 Personen verwertet werden. Von diesen Personen waren 55,2% männlich ($n = 1295$) und 44,8% ($n = 1053$) weiblich. Von allen Teilnehmern, die ihr Alter angegeben hatten ($n = 2.336$, fehlend 12 Teilnehmer), lag der Mittelwert bei 24,26 Jahren (SD: 3,74; Median: 24; Minimum: 18; Maximum: 48).

4.2.2 STICHPROBENBESCHREIBUNG DES KLINISCHEN INTERVIEWS

540 Studierende erklärten sich im Online-Fragebogen bereit, am folgenden Klinischen Interview teilzunehmen. Diese wurden per Mail bzgl. eines Interviewtermins angeschrieben. Letztendlich erschienen 72 Personen (13,3% derjenigen, die sich zuvor zum Interview bereit erklärt hatten; 3,1% aller Teilnehmer der Online-Befragung) zu einem persönlichen Interview. Davon waren 31 männlich (43%) und 41 Personen weiblich (57%).

4.2.3 HOCHSCHULSTRUKTUR UND ANGESTREBTE ABSCHLÜSSE

Es ergab sich folgende Verteilung der Teilnehmer auf die Hochschulen (Abb. 1):

- keine Angabe der Hochschule: 2,7% (n= 64),

von den übrigen (hier jetzt 100%) (vgl. Abbildung 2):

- Technische Universität Braunschweig: 40,1% (n=916),
- Hochschule für Bildende Künste: 1,9% (n= 44),
- Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel: 55,6% (n=1.270),
- geteiltes Studium an der TU Braunschweig und der HBK: 2,4% (n= 54).

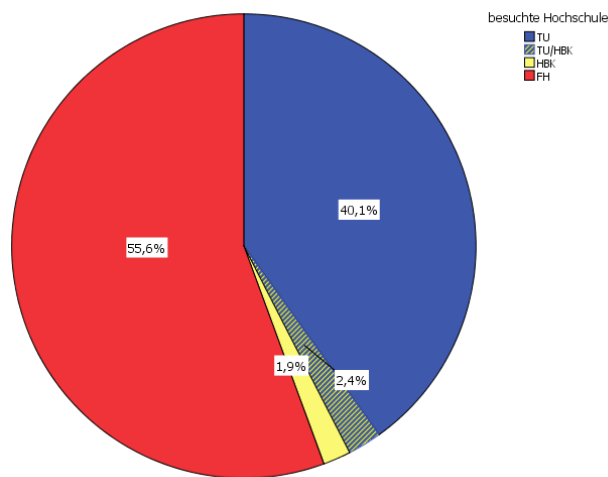


Abbildung 1: Verteilung der Teilnehmer der Befragung auf die Hochschulen

Auf die Frage nach dem nächsten angestrebten Abschluss (hierbei handelt es sich nicht um den letztendlich angestrebten Abschluss, sondern um den, welcher vom Studierenden im weiteren Verlauf als nächstes erworben werden kann/angestrebt wird), ergab sich das folgende Bild (vgl. Abbildung 2): Noch im Grundstudium, d.h. nach dem alten System studierend, wie es vor der Hochschulreform üblich war, studierten mit dem Ziel eines „Vordiploms“ 344 Personen (15,6%), mit dem Ziel der Magister-Zwischenprüfung 3 (0,1%) und mit Ziel Examenszwischenprüfung 6 Personen (0,3%).

Von den Studierenden, die sich im Hauptstudium befanden, strebten 879 das Diplom an (39,8%), weitere 49 den Magister (2,2%) und 21 ein Staatsexamen (1,0%).

Bereits nach den neuen Studienrichtlinien studierten insgesamt 850 Personen (38,4%). Davon 781 in einem Bachelor-Studiengang (35,3%) und weitere 69 Personen in einem Master-Studiengang (3,1%).

Darüber hinaus waren unter den Befragten 58 eingeschriebene Promotions-Studierende (2,6%).

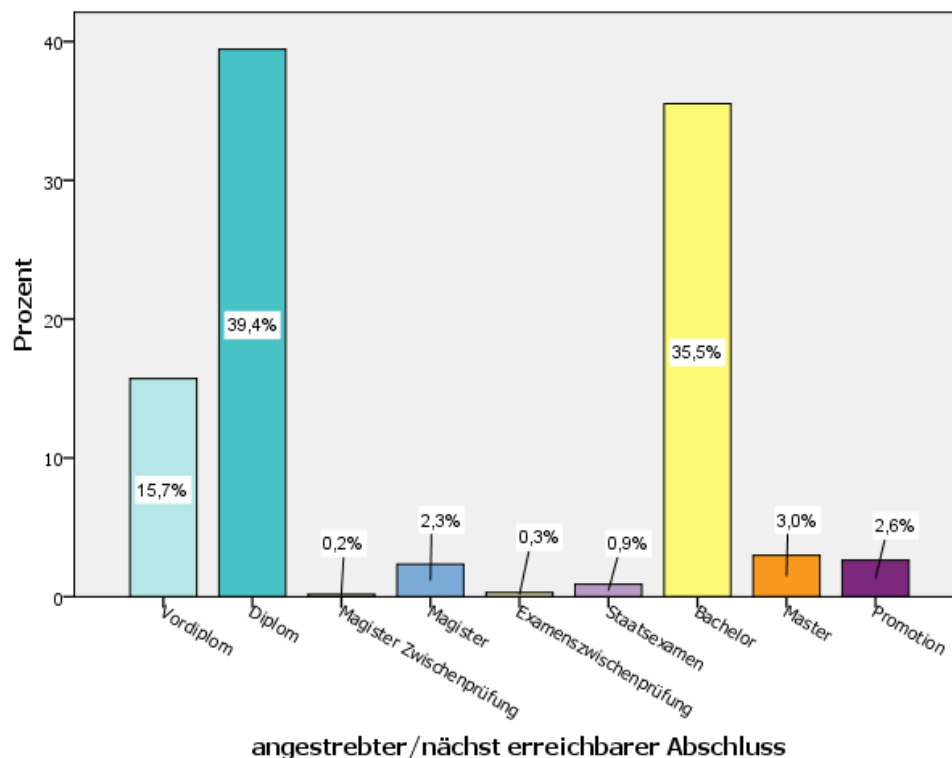


Abbildung 2: Angestrebter/nächst erreichbarer Abschluss

4.2.4 STUDIENFÄCHER

Insgesamt haben Studierende von 102 verschiedenen Studienfächern an drei Hochschulen (TU, FH und HBK) teilgenommen. Da es sich hier zum Teil um nur einige wenige Studenten pro Studienfach handelte, wurden die Hauptstudienfächer in Cluster zusammengefasst. Grund war, dass bei der Vielzahl der Studienfächer eine separate Betrachtung, insbesondere nach der Neuordnung und Umstellung der Studiengänge nach dem Bologna-Beschluss, nicht sinnvoll erschien. Die damit verbundene Schaffung neuer Studiengänge, erweiterte das Spektrum universitärer Studiengänge in einem solchen Ausmaß, dass eine Auswertung über die Studienfächer in dieser Untersuchung kaum zu aussagekräftigen Ergebnissen geführt

hätte. Die Cluster wurden nach inhaltlichen Schwerpunkten der Hauptfächer eingeteilt und folgen nicht in allen Fällen der Einteilung nach Fakultäten an den jeweiligen Hochschulen. Die folgenden Cluster wurden dabei gewählt:

1. Natur- und Lebenswissenschaften (inkl. Psychologie) (NLW)
2. Sozialwissenschaften (SOW)
3. Ingenieurwissenschaften (ING)
4. Geistes- und Erziehungswissenschaften, Kunst und Gestaltung (GEK)
5. Wirtschaftswissenschaften, Logistik, Verkehrs- und Gesundheitsmanagement (WLG)
6. Mathematik und Informatik (MAI)

Dabei verteilten sich die Teilnehmer der Online-Befragung wie folgt auf die Cluster der Studienfächer auf:

▪ Cluster 1: Natur- und Lebenswissenschaften (NLW):

Biotechnologie (16 Studenten, davon 4 Männer, 12 Frauen), *Physik* (22 Studenten, davon 16 Männer, 6 Frauen, 20 TU, bei 2 Personen keine Angabe der Hochschule), *Psychologie* (63 Studenten, davon 7 Männer, 56 Frauen; 60 TU, bei 4 Personen keine Angabe der Hochschule), *Pharmazie* (8 Studenten, davon 8 Frauen; alle TU), *Chemie* (15 Studenten, davon 10 Männer, 5 Frauen; 14 TU, 1 FH), *Biologie* (20 Studenten, davon 2 Männer, 18 Frauen, 19 TU, bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Weiterbildender Studiengang Psychologischer Psychotherapeut* (2 Studenten, davon 2 Frauen; alle TU), *Geoökologie* (10 Studenten, davon 1 Mann, 9 Frauen; alle TU), *Lebensmittelchemie* (10 Studenten, davon 3 Männer, 7 Frauen; alle TU).

▪ Cluster 2: Sozialwissenschaften (SOW):

Soziologie (13 Studenten, davon 4 Männer, 9 Frauen, 12 TU, bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Wirtschaftsrecht* (57 Studenten, davon 18 Männer, 39 Frauen; alle FH), *Politikwissenschaft* (9 Studenten, davon 5 Männer, 4 Frauen; 8 TU, bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Sozialwissenschaft* (11 Studenten, davon 3 Männer, 8 Frauen; alle TU), *Recht* (31 Studenten, davon 8 Männer, 23 Frauen; 30 FH bei 3 Personen keine Angabe der Hochschule), *Wissenstransfer (ORWI)* (9 Studenten, davon 1 Mann, 8 Frauen; alle TU), *Medienwissenschaften* (44 Studenten, davon 14 Mann, 30 Frauen; 35 HBK, 9 FH), *IT-Recht* (3 Studenten, davon 1 Mann, 2 Frauen; 3 FH).

▪ Cluster 3: Ingenieurwissenschaften (ING):

Maschinenbauwesen (225 Studenten, davon 191 Männer, 34 Frauen; 106 TU, 115 FH bei 4 Personen keine Angabe der Hochschule), *Versorgungstechnik* (24 Studenten, davon 23 Männer, 1 Frau), *Wirtschaftsingenieurwesen mit Schwerpunkt Maschinenbauwesen* (37 Studenten, davon 28 Männer, 9 Frauen), *Wirtschaftsingenieurwesen mit Schwerpunkt Bau* (9 Studenten, davon 6 Männer, 3 Frauen), *Wirtschaftsingenieur nicht näher bezeichnet* (48 Studenten, davon 42 Männer, 6 Frauen, 16 TU, 32 FH), *Ingenieurwesen* (1 Student, 1 Mann), *Architektur* (130 Studenten, davon 45 Männer, 85 Frauen, alle TU), *Elektro-Technik* (84 Studenten, davon 74 Männer, 10 Frauen, 34 TU, 48 FH), *Bio- und Umweltingenieurswesen* (84 Studenten, davon 74 Männer, 10 Frauen, 34 TU, 48 FH), *Bioingenieurwesen* (43 Studenten, davon 20 Männer, 23 Frauen, alle TU), *Informations-System-Technik* (28 Studenten, davon 24 Männer, 4 Frauen, alle TU), *Wirtschaftsingenieurwesen mit Schwerpunkt Elektro-Technik* (12 Studenten, davon 10 Männer, 2 Frauen, alle TU), *Maschinenbauwesen, Schwerpunkt Luft- und Raumfahrttechnik* (5 Studenten, davon 5 Männer, alle TU), *Maschinenbauwesen Konstruktion und Entwicklung (K & E)* (2 Studenten, davon 2 Männer, alle FH), *Bauingenieurwesen (BAU)* (23 Studenten, davon 12 Männer, 11 Frauen, 21 TU, 1 FH, bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Wirtschaftsingenieur Automobiltechnik* (2 Studenten, davon 2 Frauen, alle FH), *Maschinenbauwesen, Produktion und Logistik (P&L)* (3 Studenten, davon 3 Frauen, alle FH), *Wirtschaftsingenieur, Schwerpunkt Verkehrstechnik* (1 Student, davon 1 Mann, FH), *Wirtschaftsingenieur Verkehrsmanagement (WVM)* (11 Studenten, davon 11 Frauen, alle FH), *Fahrzeugbau (FZB)* (8 Studenten, davon Männer, 1 Frau, alle FH), *Fahrzeugtechnik* (41 Studenten, davon 38 Männer, 3 Frauen, 1 TU, 40 FH), *Energie- und Gebäudetechnik (EGT)* (2 Studenten, davon 1 Mann, 1 Frau, alle FH), *Elektrische Anlagen- und Automatisierungstechnik (E&A)* (2 Studenten, davon 2 Männer, alle FH), *Energie- und Gebäudetechnik (EGT)* (2 Studenten, davon 1 Mann, 1 Frau, alle FH), *Kunststofftechnik* (4 Studenten, davon 2 Männer, 2 Frauen, alle FH), *Fahrzeugaufbauentwicklung im Praxisverbund (FBP)* (3 Studenten, davon 3 Männer, alle FH), *Informationstechnik* (1 Student, davon 1 Männer, FH), *Verfahrenstechnik* (11 Studenten, davon 6 Männer, 5 Frauen, alle FH), *Umwelt- und Hygienetechnik* (3 Studenten, davon 1 Mann, 2 Frauen, alle FH), *Technische Gebäudeausrichtung (TGA) (Versorgungstechnik)* (6 Studenten, davon 5 Männer, 1 Frau, alle FH), *Automatisierungstechnik (AT)* (1 Student, davon 1 Mann, FH), *Recycling* (1 Student, davon 1 Mann, FH), *Bio- und Umwelttechnologie (BEE)* (20 Studenten, davon 11 Männer, 9 Frauen, 20 FH), *Mechatronic* (5 Studenten, davon 3 Männer, 2 Frauen, 2 TU, 3 FH), *Automatisierung und Energiesysteme (AE)* (4 Studenten, davon 4 Männer, 4 FH), *Regenerative Energiesysteme* (1 Student, davon 1 Männer, FH), *Telekommunikation (TK)* (1 Student, davon 1 Männer, FH).

- Cluster 4: Geistes- und Erziehungswissenschaften; Kunst und Gestaltung (GEK):

Soziale Arbeit (75 Studenten, davon 10 Männer, 65 Frauen; alle FH), *Philosophie* (1 Student, davon 1 Mann, TU), *Sozialpädagogik* (5 Studenten, davon 2 Männer, 3 Frauen; alle FH), *Geschichte* (14 Studenten, davon 8 Männer, 6 Frauen; alle TU), *Lehramt* (34 Studenten, davon 6 Männer, 28 Frauen; 28 TU, 6 HBK/TU), *Erziehungswissenschaften* (7 Studenten, davon 7 Frauen; alle TU), *Germanistik* (19 Studenten, davon 1 Mann, 18 Frauen; alle TU), *Kunstwissenschaft* (23 Studenten, davon 2 Männer, 21 Frauen; alle HBK), *Anglistik* (1 Student, davon 1 Frau; TU), *Kultur der technisch/wissenschaftlichen Welt* (2 Studenten, davon 2 Frauen; alle TU), *Sozialwesen* (22 Studenten, davon 5 Männer, 17 Frauen; alle FH), *Sozialmanagement* (1 Student, davon 1 Frau; FH), *Mediendesign* (MD) (4 Studenten, davon 3 Männer, 1 Frau; alle FH), *Freie Kunst* (5 Studenten, davon 3 Männer, 2 Frauen; alle HBK), *Industriedesign* (2 Studenten, davon 2 Frauen; alle HBK), *Kommunikationsdesign* (10 Studenten, davon 2 Männer, 8 Frauen; alle HBK), *Multimedia* (MMU) (1 Student, davon 1 Mann, FH).

- Cluster 5: Wirtschaftswissenschaften, Logistik, Verkehrs- und Gesundheitsmanagement (WLG):

Wirtschaftswissenschaften (4 Studenten, davon 2 Männer, 2 Frauen; davon 2 TU, 2 FH), *Betriebswirtschaftslehre* (75 Studenten, davon 26 Männer, 49 Frauen; alle FH), *Bank- und Finanzmanagement* (3 Studenten, davon 3 Männer, alle FH), *Marketing* (1 Student, davon 1 Frau; FH), *Außenwirtschaft* (AW) (2 Studenten, davon 2 Männer, alle FH), *Automobilwirtschaft* (3 Studenten, davon 2 Männer, 1 Frau, alle FH), *Transport- und Logistikmanagement* (TLM) (34 Studenten, davon 23 Männer, 11 Frauen; alle FH), *Sportmanagement* (SPM) (70 Studenten, davon 42 Männer, 30 Frauen; 70 FH, bei 2 Personen keine Angabe der Hochschule), *Tourismusmanagement* (TM) (70 Studenten, davon 6 Männer, 64 Frauen; 66 FH, bei 4 Personen keine Angabe der Hochschule), *Vertriebsmanagement* (1 Student, davon 1 Mann, FH), *Logistik- und Informationsmanagement* (LIM) (6 Studenten, davon 5 Männer, 1 Frau; alle FH), *Controlling* (4 Studenten, davon 2 Männer, 2 Frau; 1 TU, 3FH), *Touristik-BWL*, *Logistik* (19 Studenten, davon 12 Männer, 7 Frau, alle FH), *Transportwesen* (2 Studenten, davon 2 Männer, alle FH), *Mobilität und Verkehr* (1 Student, davon 1 Mann, FH), *Transport- und Verkehrswesen* (2 Studenten, davon 1 Mann, 1 Frau, alle FH), *Augenoptik* (20 Studenten, davon 6 Männer, 14 Frauen; 19 FH bei 1 Person keine Angabe der Hochschule), *Management im Gesundheitswesen* (MIG) (49 Studenten, davon 3 Männer, 46 Frauen; alle FH), *Pflegemanagement* (1 Student, davon 1 Frau; FH), *Refraktion* (1 Student, davon 1 Mann, FH).

▪ Cluster 6: Mathematik und Informatik (MAI):

Mathematik (42 Studenten, davon 20 Männer, 22 Frauen), *Mathematical Engineering* (1 Student, davon 1 Mann, TU), *Wirtschaftsinformatik* (48 Studenten, davon 37 Männer, 11 Frauen, 28 TU, 20 FH), *Informatik* (94 Studenten, davon 86 Männer, 8 Frauen, 36 TU, 54 FH, bei 4 Personen keine Angabe der Hochschule), *Fahrzeuginformatik (FI)* (23 Studenten, davon 20 Männer, 3 Frauen, 23 FH), *Praktische Informatik (PI)* (9 Studenten, davon 8 Männer, 1 Frau, 9 FH), *Finanz- und Wirtschaftsmathematik (FWM)* (17 Studenten, davon 8 Männer, 9 Frauen, 15 TU, 2 FH), *Industrieinformatik (IT)* (5 Studenten, davon 5 Männer, 5 FH), *Medieninformatik (MI)* (9 Studenten, davon 9 Männer, 9 FH), *Technische Informatik (TI)* (9 Studenten, davon 8 Männer, 1 Frau, 9 FH).

Am *Klinischen Interview* nahmen 72 Studierende teil. Davon waren 31 männlich und 41 Personen weiblich. Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug 26 Jahre (*SD* 5,14, Minimum 19, Maximum 44). Die Teilnehmer rekrutierten sich aus folgenden Studiengängen und Clustern:

1. Natur- und Lebenswissenschaften (NLW): *Psychologie* (6 Studenten, TU), *Pharmazie* (1 Student, TU), *Chemie* (2 Studenten, TU), *Biologie* (1 Student, TU), *Geoökologie* (1 Student, TU):
2. Sozialwissenschaften (SOW): *Wirtschaftsrecht* (2 Studenten, FH), *Soziologie* (2 Studenten, TU), *Wissenstransfer (ORWI)* (1 Student, TU), *Medienwissenschaften* (Studenten, HBK), *Politikwissenschaft* (1 Student, TU):
3. Ingenieurwissenschaften (ING): *Maschinenbau* (3 Studenten, davon 1 TU, 2 FH), *Architektur* (6 Studenten, TU), *Elektrotechnik* (1 Student, FH), *Wirtschaftsingenieurwesen mit Schwerpunkt Maschinenbauwesen* (1 Student, TU), *Wirtschaftsingenieurwesen Fachrichtung Bau* (1 Student, TU), *Bioingenieurwesen* (4 Studenten, TU), *Wirtschaftsingenieurwesen Fachrichtung Elektrotechnik* (1 Student, TU), *Umwelt- und Hygienetechnik* (1 Student, FH), *Bauingenieurwesen* (1 Student, TU).
4. Geistes- und Erziehungswissenschaften, Kunst und Gestaltung (GEK): *Kultur der technisch/wissenschaftlichen Welt* (1 Student TU), *Erziehungswissenschaften* (1 Student, TU), *Sozialwesen* (1 Student, FH), *Soziale Arbeit* (5 Studenten, FH), *Geschichte* (3 Studenten, TU), *Sozialpädagogik* (1 Student, FH), *Lehramt* (3 Studenten, davon 2 TU, 1 HBK), *Germanistik* (1 Student, TU).

5. Wirtschaftswissenschaften, Logistik, Verkehrs- und Gesundheitsmanagement (WLG): Wirtschaftswissenschaften (1 Student, FH), *Tourismusmanagement* (2 Studenten, FH), *Betriebswirtschaftslehre* (2 Studenten, FH), *Sportmanagement* (1 Student, FH), *Management im Gesundheitswesen (MIG)* (1 Student, FH).
6. Mathematik und Informatik (MAI): *Wirtschaftsinformatik* (1 Student, TU), *Informatik* (3 Studenten, davon 1 TU, 2 FH), *Medieninformatik* (1 Student, FH), *Mathematik* (1 Student, TU).

Tabelle 13 gibt noch einmal einen Gesamtüberblick über die Verteilung der Studierenden nach Fakultäten und Befragungsmodus. Hierbei sind in Tabelle 10 nur die gültigen Prozentwerte angegeben, was bedeutet, dass diejenigen Personen, die kein Studienfach angegeben hatten (n= 331; 14,1% von allen), nicht in der Tabelle erfasst wurden.

Tabelle 13: Verteilung der Studierenden nach Studiengangclustern und Befragungsmodus

Studiengangcluster		Befragungsmodus			
		Online-Fragebogen		Interview	
Cluster 1:	Natur- und Lebenswissenschaften (NLW)	167	(8,3%)	12	(16,6%)
Cluster 2:	Sozialwissenschaften (SOW)	199	(9,9%)	9	(12,5%)
Cluster 3:	Ingenieurwissenschaften (ING)	806	(40,0%)	20	(27,8%)
Cluster 4:	Geistes- und Erziehungswissenschaften, Kunst und Gestaltung (GEK)	206	(10,2%)	17	(23,6%)
Cluster 5:	Wirtschaftswissenschaften, Logistik, Verkehrs- und Gesundheitsmanagement (WLG)	371	(18,4%)	8	(11,1%)
Cluster 6:	Mathematik und Informatik (MAI)	268	(13,3%)	6	(8,3%)
Gesamt		2017	(100%)	72	(100%)

4.2.5. FAMILIÄRE STRUKTUREN

Angaben zum Partnerschaftsstatus haben 2.330 Personen gemacht, was 99,2% aller Teilnehmer entspricht. Die Autoren entschieden sich für vier Kategorien, die in der folgenden Tabelle detailliert dargestellt werden (Tab. 14).

Tabelle 14: Partnerschaftsstatus in der studentischen Stichprobe, getrennt nach Geschlecht

		Partnerschaftsstatus				
		noch nie	derzeit nicht	wechselnd	fest	Gesamt
männlich	Anzahl	131	457	81	616	1285
	%	10,2%	35,6%	6,2%	46,4%	100%
weiblich	Anzahl	56	247	29	713	1045
	%	5,4%	23,6%	2,8%	68,2%	100%
Gesamt	Anzahl	187	704	110	1329	2230
	%	8,0%	30,2%	4,7%	57,0%	100%

Von den 2.348 Teilnehmern gaben 120 Personen (5,1%) an, Kinder zu haben. Betrachtet man das Geschlecht, so haben 50 männliche Studierende Kinder und 70 weibliche. Weitere Angaben über die Anzahl der Kinder machten 105 Personen. Demnach hatten 63 Studierende ein Kind, 31 Personen zwei Kinder, 9 Teilnehmer drei Kinder und zwei Teilnehmer vier Kinder.

4.3 GÜTE DES ONLINE-FRAGEBOGENS

Im Online-Fragebogen wurden neben der Beurteilung der Konsummenge und Konsummuster (Frequenz-Menge-Index) auch bewährte Instrumente zur Abschätzung der Prävalenz von missbräuchlichem- bzw. abhängigen Alkoholkonsum (CAGE) sowie psychischer Störungen (HADS-D, B-L) verwandt (vgl. Abschnitt 4.4).

Bei der Betrachtung der Güte der Onlinebefragung im Hinblick auf eine alkoholbezogene Störung mittels CAGE, ergaben sich insgesamt zufriedenstellenden Werte. Hier konnten eine Sensitivität von .68 und eine Spezifität von .70 ermittelt werden (vgl. Tab. 15). Rist et al. (2004) gaben bzgl. der Güte des CAGE Sensitivitätswerte zwischen .53 (in Arztpraxen) und bis zu .72 (in Kliniken) an. Bezogen auf die Spezifität wurden übergreifend Werte um .93 angegeben. Somit scheint der CAGE im studentischen Milieu ein insgesamt mit Schwächen behaftetes, aber noch probates Mittel zur Erkennung problematischen Alkoholkonsums zu sein.

Die Berechnung der Sensitivität und Spezifität des Online-Fragebogens macht deutlich, dass der Online-Fragebogen die Prävalenz des Alkoholmissbrauchs bzw. -abhängigkeit so misst,

dass insgesamt betrachtet eher von einer leichten Überschätzung der tatsächlichen Prävalenz auszugehen ist. Bezüglich der Prävalenz psychischer Belastungen zeigt sich hingegen eher die Tendenz der leichten Unterschätzung, so dass hier die tatsächlichen Zahlen höher einzuschätzen sind (Näheres hierzu bei Heine, 2011).

Tabelle 15: Vergleich Ergebnis des CAGE in der Online-Befragung mit der Diagnose eines Alkoholmissbrauchs bzw. einer -abhängigkeit im klinischen Interview

			problematischer Alkoholkonsum (laut Online-Fragebogen, CAGE)		
			unauffällig	auffällig	Gesamt
Alkoholmiss- brauch/- abhängigkeit (laut Mini-DIPS)	nicht vor- handen	Anzahl	38	16	54
		% laut Mini-DIPS	70,4%	29,6%	100%
	vorhanden	Anzahl	5	11	16
		% laut Mini-DIPS	31,3%	68,8%	100%
Gesamt		Anzahl	43	27	70
		Prozent	61,4%	38,6%	100%

Die Ergebnisse – insbesondere vor dem Hintergrund der Unter- bzw. Überschätzung von Prävalenzen – machen deutlich, dass ein kombiniertes, zweistufiges Verfahren (Online-Befragung und Interview) zur Absicherung der Güte sinnvoll und notwendig zur Interpretation erscheint.

4.4 BESCHREIBUNG DER VERFAHREN

Im Folgenden sollen die diagnostischen Instrumente, die zur Erhebung der psychischen Symptomatik in der Studie verwandt wurden kurz erläutert werden, mit dem Augenmerk auf den Anwendungsbereich sowie auf der Handhabung. Die Beschreibungen der Verfahren sind hierbei zum Teil der Arbeit von Hammerschmidt & Heine (2008) entnommen, da in der Voruntersuchung teilweise analoge Instrumente Verwendung fanden.

Erhoben wurden die Daten der vorliegenden Untersuchung anhand eines Onlinefragebogens sowie eines klinischen Interviews. Weite Teile zur Erhebung des Alkoholkonsums sind hierbei dem Epidemiologischen Suchtsurvey (Pabst & Kraus, 2008; Augustin & Kraus, 2005) entnommen, um die vorliegenden Daten der studentischen Stichprobe mit den repräsentativen Ergebnissen des Suchtsurveys vergleichen zu können. Die Auswahl richtete sich hierbei

nach dem Schwerpunkt der geplanten Untersuchung. Skalen, wie beispielsweise zum Medikamentengebrauch oder Konsum von Cannabis sowie Kokain wurden nicht verwendet, da es den Rahmen der Arbeit, die sich thematisch vorwiegend mit Alkoholkonsum auseinandersetzen soll, überschreiten würde. Weitere Fragen sind der Zielsetzung der Arbeit entsprechend ergänzt worden. Es wurden sowohl etablierte Fragebögen (bspw. CAGE, HADS-D, B-L), zum Teil nur in Auszügen (AUDIT), verwendet, als auch eigene spezifische Items entwickelt. Bei letzteren handelte es sich vorwiegend um Fragen zu demographischen Daten, zur Studienzufriedenheit, zur Freizeitgestaltung oder zu Problemen und Hürden im Studium. Im Abschnitt 4.5.1 wird auf diese Items nicht näher eingegangen, sie können aber im Anhang eingesehen werden.

4.4.1 VERWENDETE INSTRUMENTE DES ONLINE-FRAGEBOGEN

4.4.1.1 CAGE

Beim CAGE (Ewing, 1984) handelt es sich um ein international anerkanntes Screening-Instrument mit dem Ziel der Identifikation von Personen mit Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. Er weist gute bis sehr gute Gütekriterien vor. Aufgrund seiner Ökonomie und der befriedigenden Güte findet er in der Praxis vielfache Verwendung (Schulz, 2004).

Er besteht aus vier Items, die unter folgenden Schlagwörtern subsummiert sind: 1. *Cut Down Drinking* (Konsumeinschränkung), 2. *Annoyance* (Ärgerniss), 3. *Guilty* (Schuld) und 4. *Eye Opener* („Augen-Öffner“), welche mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden müssen. Die Auswertung erfolgt über die Bildung eines einfachen Summernscores. Bei zwei oder mehr „Ja“-Antworten ist es wahrscheinlich, dass der Befragte mindestens Alkoholmissbrauch betreibt, wenn nicht bereits abhängig ist.

Zu einer infausten Diagnosestellung ist weitere, spezifischere Diagnostik nötig. Auch deswegen weil der CAGE zwischen Missbrauch und Abhängigkeit nicht unterscheidet.

4.4.1.2 ALCOHOL USE DISORDER IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

Die zehn Items des AUDIT (Barbor et al., 1989), in der deutsche Fassung von Rist, Scheuren, Demmel, Hagen und Aulhorn (2003), helfen problematischen und gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum im Sinne eines Screeningverfahrens zu erfassen. Hierbei findet er seine Anwendung bereits vor dem Auftreten von psychischen, sozialen und physischen Folgen des Konsums (Kraus et al., 2005). Validiert wurde der AUDIT an klinischen Stichproben sowie nichtklinischen Gruppen. Mit den zehn Items werden zum einen die Alkoholmenge als auch

die Trinkfrequenz und resultierende Probleme erfasst. Der maximal zu erreichende Wert ist 40, wobei der Cut-off Wert bei 8 Punkten liegt (Conigrave, Hall & Saunders, 1995, zit. nach Kraus et al., 2005). Die Items sollen jeweils auf unterschiedlichen Abstufungen beantwortet werden.

In der vorliegenden Arbeit wurde nur Frage neun („Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?“) verwandt. Ergänzt wurde Item neun des AUDIT durch eine weiterführende Frage ergänzt: „Haben Sie sich unter Alkoholeinfluss schon einmal so verletzt, dass Sie sich im Krankenhaus oder beim Notdienst behandeln lassen mussten?“.

Hintergrund der beiden Fragen ist eine Lebensstil-Studie der Berliner Charité und dem Bundesgesundheitsministerium im Zeitraum von 2001-2003, aus der hervorging, dass junge Menschen, die vom Alkoholabhängigkeit bedroht sind, zu Beginn ihrer Erkrankung mehrfach mit leichten Verletzungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt werden mussten (Neumann et al., 2004). In der Untersuchung von Hammerschmidt und Heine (2008) konnte dieser Zusammenhang ebenfalls dargestellt werden.

4.4.1.3 FREQUENZ-MENGE-INDEX

Der international anerkannte und verwendete Frequenz-Menge-Index dient der Ermittlung des Verzehrs alkoholischer Getränke innerhalb der vergangenen 30 Tage. Zur Ermittlung der Menge wird bezogen auf einen Trinktag die Anzahl der im Durchschnitt konsumierten Alkoholika erfasst. Die Frequenz wird dabei anhand der Frage ermittelt, an wie vielen der letzten 30 Tage ein bestimmtes Getränk (beispielsweise Bier, Wein und Sekt) konsumiert wurde. Im Anschluss wird aus den gewonnenen Daten über eine Umrechnung der Durchschnittswerte die Gesamtmenge des in den letzten 30 Tagen konsumierten Reinalkohols in Gramm sowie eine durchschnittliche Tagesmenge ermittelt (Bühringer et al., 2000, zit. nach Kraus, Augustin & Orth, 2005; vgl. auch Hammerschmidt & Heine, 2008).

Die Umrechnung von Getränk in Litern in Gramm Reinalkohol erfolgt dabei über folgende Formel: Pro Liter Wein/Sekt, Bier und Spirituosen werden jeweils 11,0 Vol.%, 4,8 Vol.% und 33,0 Vol.%, entsprechend dazu eine Alkoholmenge Reinalkohol von 87,3g, 38,1g und 262,0g pro Liter (Bühringer et al., 2000, zit. nach Kraus, Augustin & Orth, 2005).

4.4.1.4 „BINGE-DRINKING“

Neben den Instrumenten, die den Alkoholkonsum und das mit dem Konsum verbundene Verhalten erheben, soll das Konstrukt des *Binge-Drinking* erhoben werden. Wie bereits erwähnt handelt es sich hierbei um ein Konsummuster des episodischen Trinkens, bei dem bei einer Trinkgelegenheit fünf oder mehr Getränke konsumiert werden. Operationalisiert wird dieses Konsummuster in den meisten Untersuchungen mit der Frage nach der Häufigkeit des Konsums von fünf oder mehr Getränken bei einer Gelegenheit (Pabst & Kraus, 2008; Kraus, Augustin & Orth, 2005). Der Erfassungszeitraum des Konsums liegt dabei in der vorliegenden Studie bei 30 Tagen. Die verwendeten Fragen sind der Studie von Pauly (2004) entnommen (vgl. auch Hammerschmidt & Heine, 2008).

4.4.1.5 NIKOTINKONSUM

Die Feststellung, ob die Befragten überhaupt, und wenn ja, mit welcher Häufigkeit Nikotin konsumieren, ist wichtig, um die studentische Stichprobe hinsichtlich des Konsummusters mit der Allgemeinbevölkerung und einer altersentsprechenden Stichprobe vergleichen zu können. Im Suchtsurvey wurde dies mit weitreichenderen Instrumenten detaillierter erhoben, was jedoch außerhalb des Rahmens der vorliegenden Arbeit gelegen hätte. Somit wurde in der vorliegenden Untersuchung lediglich nach dem Konsum an sich gefragt. Hierdurch lassen sich zumindest deskriptive Ergebnisse und Vergleiche mit dem Surveydaten bzgl. des Nikotinkonsums darstellen.

4.4.1.6 DIE BESCHWERDE-LISTE (B-L)

Mit Hilfe der Beschwerde-Liste (B-L) können subjektive Beeinträchtigungen quantitativ von den Probanden über einen Selbsteinschätzungsbogen beurteilt werden. Dabei handelt es sich vorwiegend um körperliche sowie Allgemeinbeschwerden. Neben der Diagnose einzelner Beschwerden können über die Bildung eines Summenscores Aussagen über Komplexe von Beschwerden getroffen werden (v. Zerssen, 1976). Die B-L liegt in zwei Parallelförmigen (B-L und B-L-Strich) vor sowie einem Ergänzungsbogen. In der vorliegenden Arbeit wurde die Version „B-L-Strich“ benutzt.

Sie besteht aus 24 Items, wobei der Proband die Stärke seiner Zustimmung zu den einzelnen Aussagen zwischen „stark“, „mäßig“, „kaum“ und „gar nicht“ ausdrücken soll. Inhaltlich drehen sich die Items um Allgemeinbeschwerden wie Müdigkeit und Schwächegefühl und Beschwerden, die im Körper spezifischer zu lokalisieren sind, wie Glieder- oder Kopfschmerzen. Des Weiteren psychische Beschwerden, wie Angstgefühle oder trübe Gedanken.

Die Instruktion lautet: *Bitte füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ihrer Ablehnung! Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!* (zit. nach v. Zerssen, 1976). Die Auswertung der B-L ist relativ einfach möglich. Es wird ein Punktscore gebildet, wobei „stark“ drei Punkte zugewiesen werden, „mäßig“ zwei Punkte, „kaum“ ein Punkt und „gar nicht“ null Punkte. Aus dem Summenscore können folgend Stanine-Werte gebildet werden.

Die Interpretation erfolgt auf Skalenebene, wobei entweder Einzelprotokolle oder auch der Vergleiche mehrerer Protokolle erfolgen kann. Dabei können sowohl Aussagen über die individuelle subjektive Beeinträchtigung getroffen werden, als auch im Vergleich mit der Durchschnittsbevölkerung oder klinischen Untergruppen. Eine völlige Abwesenheit jeglicher Beschwerden ist nicht die Regel ist, so dass erst ab einem bestimmten Score von einer klinischen Störung ausgegangen werden sollte. Der Übergang ist allerdings fließend. Ab einem Stanine-Wert von 7 kann von einem „fraglich abnormen“ Wert gesprochen werden (v. Zerssen, 1976).

4.4.1.7 HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE – DEUTSCHE VERSION (HADS-D)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale in der deutschen Version (HADS-D) (Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2005) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen für die Erfassung von Depressivität und Angst. Sie ist konzipiert als Screeningverfahren in der somatischen Medizin zur Identifikation psychisch Erkrankter in der Praxis, deren primär wahrgenommene Beschwerden somatischer Natur sind. Mit Hilfe der HADS sollen Patienten erkannt werden, die auf mindestens einer der Subskalen die relevanten Summenwerte überschreiten. Im Anschluss sollen die identifizierten Personen einer weitergehenden, differenzierteren Diagnostik zugeführt werden. Dabei soll ein Cut-Off-Wert ermittelt werden, wobei folgende Kategorien von Herrmann-Lingen et al. (2005) vorgegeben werden: 0 bis 7 Punkte: *unauffällig*; 8 bis 10 Punkte: *grenzwertig*; ≥ 11 Punkte: *auffällig*. Nach Bedarf kann eine weitere Einteilung der letzten Kategorie in *schwer* (Wertebereich 11 bis 14) und *sehr schwer* (Wertebereich 15 bis 21) vorgenommen werden. Dabei weisen die Autoren expliziert darauf hin, dass diese Werte nur eine Orientierung darstellen und keinesfalls als definitives Kriterium anzusehen sind. Hier wird auf die praxisbezogene Anwendung der HADS verwiesen, da das Ziel sei möglichst wenige Betroffene zu übersehen, auch auf Kosten einiger „falsch-positiver“ Ergebnisse. Die HADS besteht aus 14 Items, sieben pro Subskala in wechselnder Reihenfolge, in einer Abstufung von 0 bis drei in ebenfalls wechselnder Schlüsselrichtung. Die Fragen beziehen sich jeweils auf die letzte Woche. Die Rohwerte werden durch Addition der Punktwerte gebildet. Die abgefragten Symptome der Angstskaala entsprechen zum Teil den Leitlinien der für Ge-

neralisierte Angststörungen im DSM-III-R (Saß et al., 2003). Hier werden allgemeine Befürchtungen, Sorgen, Nervosität und motorische Anspannung abgefragt. Weiterhin gibt es ein Item zu Paniksymptomen. Bezogen auf die depressive Symptomatik werden der Verlust von Lebensfreude, Antrieb, Motivation, Freude und Interessen, die als zentrale Leitsymptome gelten, abgefragt. Die Bearbeitung ist mit circa fünf Minuten wenig zeitintensiv.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) wird bei der Angstskala mit .80, für die Depressionsskala mit .81 angegeben. Damit kann, in Anbetracht der wenigen Items pro Skala, die Reliabilität als befriedigend angesehen werden. Bezogen auf die Validität kann nach den Ergebnissen der Faktorenanalyse die Validität als bestätigt angesehen werden (Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2005).

4.4.1.8 STUDIENZUFRIEDENHEIT

Die sechs Items hinsichtlich derzeitiger Belastungen dienen zur Einschätzung von Schwierigkeiten und Problemen, welche spezifisch für den studentischen Alltag sind/sein können. Dabei sind die Items von den Autoren erdacht und keinem standardisierten Instrument entnommen. Ziel ist hier die Erhebung stichpunktartiger Aussagen über die familiäre und finanzielle Situation getroffen werden, die eventuelle Auslöser für individuelle Belastungen darstellen könnten oder diese aufrechterhalten (Hammerschmidt & Heine, 2008) (siehe Anhang).

4.4.2 THEMATISCHER AUFBAU DES FRAGEBOGENS

Zur Verdeutlichung des Vorgehens und der Themengebiete der Untersuchung, wird der thematische Aufbau der verwendeten Fragebögen im Folgenden graphisch dargestellt (Abbildung 3).

Instruktion:

- Ansprache der Teilnehmer
- Zielsetzung der Studie
- Kontaktdaten der Autoren

Demographische Daten:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand, Partnerschaft, Kinder
- Wohnsituation
- Hochschule, Studienfach, Studienaufnahme, nächster Abschluss
Studienwechsel, studentische Verbindung

Alkoholkonsum und konsumbezogenes Verhalten:

- CAGE
- AUDIT (in Auszügen)
- Verletzungen unter Alkoholeinfluss
- Veränderung des Trinkverhalten seit Aufnahme des Studiums
- Frequenz-Menge-Index
- Binge-Drinking

Tabak- und Drogenkonsum:

- Konsumverhalten

Psychische und physische Gesundheit:

- HADS-D
- Beschwerde-Liste

Kontext Studium:

- Empfundene Studienbedingungen
- Finanzielle Situation und Studienfinanzierung
- Nebenjobs

Freizeit:

- Freizeitgestaltung

Abbildung 3: Thematischer Aufbau des Online-Fragebogens

4.4.3 VERWENDETES INSTRUMENT DES KLINISCHEN INTERVIEWS

Wie im Abschnitt 4.3 beschrieben wurden im Anschluss an den Online-Fragebogen die Teilnehmer per Mail angeschrieben, die sich zu einem anschließenden Klinischen Interview bereit erklärt hatten. Verwendung fand hier das Mini-DIPS nach Margraf (1994), was im Folgenden ebenfalls kurz erläutert werden soll.

MINI-DIPS

Das Mini-DIPS – Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen (Margraf, 1994) dient der möglichst schnellen und effektiven Erfassung der wichtigsten psychischen Störungen der Klinischen Psychologie nach den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM, Saß et al., 2003)) sowie der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD, Dilling et al., 2004). Es handelt sich um eine Kurzfassung des Diagnostischen Interviews bei Psychischen Störungen (DIPS) von Margraf et al. (1991). Dabei kann innerhalb von circa 30 Minuten eine Verdachtsdiagnose gestellt werden. Nicht enthalten sind dabei selten auftretende oder unbedeutende Störungen der psychotherapeutischen Arbeit. Im Bereich der psychotischen Störungen handelt es sich ebenfalls nur um ein Ausschluss-Screening. Da nicht alle Diagnose-Kriterien explizit ausformuliert sind, setzt die Anwendung klinische Erfahrung voraus, da das Urteil des Anwenders mit einfließt. Durch ein „Vor-Screening“ werden die Bereiche herausgefiltert, die für das folgende Interview relevant sind. Dadurch werden unnötige Fragen vermieden, was zur zeitlichen Effektivität deutlich beiträgt. Auch werden keine Informationen zu therapielevanten Bereichen, wie Schwere der Symptomatik, Stärker der Belastung etc. erfragt. Störungsübergreifende Bereiche, die wichtig im Bereich der Differentialdiagnostik sind, werden meist in Form von Checklisten vorangestellt. Ergänzend finden sich Hinweise zu den diagnostischen für den Interviewer, die eine gute Diagnostik unterstützen. Die Diagnose wird erst am Ende des gesamten Interviews gestellt. Erfasst werden die Bereiche affektive Störungen, Essstörungen, Angststörungen, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit, somatoforme Störungen, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Psychosen.

Das Mini-DIPS wird wie folgt durchgeführt: Der Interviewer stellt die vorgegebenen Fragen der Checklisten. Im Anschluss begibt er sich zu den Bereichen in denen die Checkliste positive Beantwortungen erbrachte. Innerhalb dieser Störungsbereiche werden alle weiteren diagnostischen Fragen ergänzt. Dabei kann der Interviewer sich Stichworte aus den Angaben der Befragten notieren sowie die Antworten zu kodieren. Sämtliche Interviews der vorlie-

genden Arbeit wurden durch dessen Autor bzw. von Frau Nora Heine durchgeführt (vgl. Anmerkung zu Kap. 4).

Betrachtet man die Gütekriterien, so zeigt die Interrater-Reliabilität, bis auf den Bereich der somatoformen Störungen, einen Kappa-Koeffizienten von mindestens .80, was als gut anzusehen ist. Auch die Betrachtung der einzelnen Störungen ergaben befriedigende bis gute Übereinstimmungen (Margraf, 1994).

4.5 AUSWERTUNGSMETHODE

Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgte mit Hilfe der Statistikpakete SPSS für Windows, Version 17.0 sowie PASW Statistic 18.0. Effektstärken der durchgeführten t- und Chi-Quadrat-Tests wurden mittels eines Online-Statistikprogramms der Universität des Saarlandes (Jacobs, 2005) berechnet. Um einen Überblick über die Konsumgewohnheiten der Studierenden zu erlangen, erfolgte zunächst eine deskriptive Auswertung allgemeiner Phänomene. Zur Untersuchung möglicher Gruppenunterschiede bei ordinal skalierten Daten dienten Kontingenztafeln, bei denen zur statistischen Aufklärung signifikanter Unterschiede Chi-Quadrat-Tests durchgeführt wurden. Zur weiteren Analyse der Power wurden die jeweiligen Effektstärken berechnet und gemäß der Konventionen zur Beurteilung nach Cohen (1988) wie folgt interpretiert:

- kleiner Effekt: d (ES) $\approx .2$
- mittlerer Effekt: d (ES) $\approx .5$
- großer Effekt: d (ES) $\approx .8$

Zur Aufdeckung möglicher Zusammenhänge zwischen metrisch skalierten Variablen dienten Korrelationsuntersuchungen mit Koeffizienten nach Pearson und der daraus abgeschätzten Effektstärke r^2 .

Lagen gemischt skalierte Daten vor, bei denen die unabhängige Variable aus nominal- oder ordinalskalierten und die abhängige Variable aus intervallskalierten Daten bestand, wurden bei einem Vergleich von zwei Gruppen t-Tests für unabhängige Stichproben und deren Effektstärken berechnet.

Zur Analyse der Unterschiede von Mittelwerten bei mehr als zwei zu untersuchenden Gruppen eines Faktors wurden einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. Hier wurde als

Maß zur Abschätzung der Effektstärke Eta-Quadrat (η^2) berechnet und nach Cohen wie folgt beurteilt:

- kleiner Effekt: $\eta^2 \approx .01$
- mittlerer Effekt: $\eta^2 \approx .06$
- großer Effekt: $\eta^2 \approx .14$

Zur genaueren Analyse bei signifikanten Ergebnissen wurden darüber hinaus Scheffé-Prozeduren durchgeführt, um die Unterschiede zwischen den zu vergleichenden Gruppen darzustellen (vgl. Sedlmeier & Renkewitz, 2008; Rudolf & Müller, 2004; Backhaus, Erichson, Plinke, & Weiber, 2006).

WER VIEL BIER TRINKT, SCHLÄFT GUT.

WER GUT SCHLÄFT, SÜNDIGT NICHT.

UND WER NICHT SÜNDIGT,

KOMMT IN DEN HIMMEL

Martin Lutter

5. ERGEBNISSE

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt auf Grundlage der in der Fragestellung genannten Inhalte und wird dementsprechend in drei Themenschwerpunkte aufgeteilt. Der erste Schwerpunkt behandelt das Hauptthema der vorliegenden Arbeit – *Alkohol*. Im folgenden Themenschwerpunkt *Studienbedingungen und klinische Symptomatik* werden mögliche Zusammenhänge zwischen Studienbedingungen, klinischer Symptomatik und dem Konsum von Alkohol untersucht. Abschließend wird das *Rauchverhalten* und der Konsum illegaler Drogen bei Studierenden beleuchtet.

5.1 PRÄVALENZ

Im ersten Abschnitt sollen die allgemeinen Ergebnisse der Untersuchung des Alkoholkonsums unter Studierenden dargestellt werden. Hierbei wird sowohl auf die durchschnittliche tägliche Konsummenge als auch auf die Einteilung in Konsumkategorien eingegangen. Es werden weiter die Ergebnisse der Analyse der alkoholfreien Intervalle zwischen den Trinkgelegenheiten sowie die Prävalenzen des Rauschtrinkens dargestellt. Konsumveränderungen nach der Aufnahme des Studiums werden anschließend berichtet. Abschließend wird auf die Ergebnisse der Untersuchung zur Prävalenz von Nikotin- und Drogenkonsum eingegangen.

5.1.1 ANALYSE DES ALKOHOLISCHEN TRINKVERHALTENS

5.1.1.1 VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN)

Ausgehend von ihrem Alkoholkonsum wurden die Studierenden gemäß dem Epidemiologischen Suchtsurvey in unterschiedliche Kategorien eingestuft. Die Ermittlung der Konsummenge eines durchschnittlichen Trinktages erfolgte durch den allgemein verwendeten Frequenz-Menge-Index (vgl. Abschnitt 4.2.1.3) (vgl. Pabst & Kraus, 2008; Kraus & Augustin, 2005). Hierbei konnte eine tägliche Alkoholkonsummenge von durchschnittlich 15,7g ermit-

telt werden, mit einer Standardabweichung von 21,33. Der Median lag bei 8,2g. Der Minimalwert betrug null, der Maximalwert 194 Gramm pro Tag.

Die Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) war hierbei wie folgt (Tab. 16):

Tabelle 16: Konsumkategorien – Einteilung nach Geschlecht

Konsumkategorie	Gramm Reinalkohol pro Tag	
	Männer	Frauen
abstinent	0	0
risikoarmer Konsum	0-30	0-20
riskanter Konsum	> 30-60	> 20-40
gefährlicher Konsum	> 60g-120	> 40g-80
Hochkonsum	> 120	> 80

Die Analyse der Häufigkeiten der 2.210 befragten Studenten, die die Fragen des bzgl. ihres Alkoholkonsums beantworteten, zeigte, dass 10,2% (n= 226) seit mindestens 30 Tagen abstinent lebten. Weitere 70,8% (n= 1.564) betrieben risikoarmen, 13,2% (n= 291) riskanten Konsum. Gefährlicher 5,0% (n= 111) und Hochkonsum 0,8% (n= 18) waren ebenfalls bei Studierenden festzustellen (Abbildung 4).

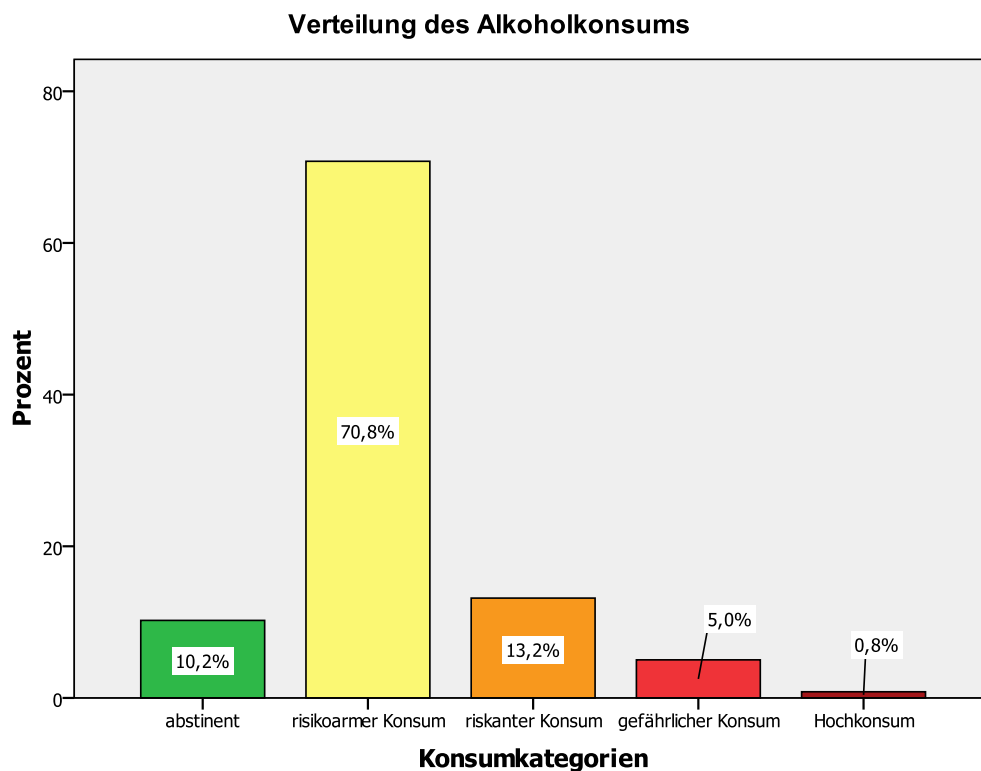


Abbildung 4: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) in der Gesamtstichprobe

Betrachtet man die Ergebnisse der Befragung unter Braunschweiger Studierenden, zeigt sich bei einem Vergleich mit der Repräsentativstichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys (vgl. Pabst & Kraus, 2008), dass sich die studentische Stichprobe erheblich von der der Allgemeinbevölkerung unterscheidet (Tabelle 17). Die Unterschiede zeigten sich insbesondere in den Konsumkategorien abstinent, in der Studierende deutlich unterrepräsentiert und in den Kategorien riskanter und gefährlicher Konsum, in denen die Studenten deutlich häufiger vertreten waren, als zu erwarten gewesen wäre. Diese Ergebnisse konnten auch durch einen Chi-Quadrat-Test höchstsignifikant nachgewiesen werden, wenngleich mit recht geringer Effektgröße ($\chi^2[4] = 310,054$; $p \leq .000$; $ES = .21$).

Auch im Vergleich zur Braunschweiger Untersuchung von 2006 (Hammerschmidt & Heine, 2008) konnten signifikante Unterschiede ermittelt werden ($\chi^2[4] = 9,552$; $p \leq .05$; $ES = .12$), ebenfalls in Bezug auf die Verteilung in den Kategorien riskanter, gefährlicher und Hochkonsum. Hier zeigte sich im zeitlichen Verlauf eine weitere Erhöhung der Zellenhäufigkeiten in den genannten Kategorien, wobei hier die Effektstärke noch geringer ist.

Tabelle 17: Vergleich der Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 mit denen der Braunschweiger Untersuchungen von 2006/07 und 2008 (Angaben in Prozent)

	Konsumkategorie				
	abstinent	risikoarm	riskant	gefährlicher Konsum	Hochkonsum
Epidemiologischer Suchtsurvey 2006	25,8%	63,9%	7,6%	2,3%	0,3%
Braunschweiger Studie 2006/07	11,3%	76,5%	9,6%	2,3%	0,3%
Braunschweiger Studie 2008	10,2%	70,8%	13,2%	5,0%	0,8%

Betrachtet man die Ergebnisse der aktuellen Befragung, so zeigen sich zum einen erhebliche Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung, insbesondere in Bezug auf einen problematischen Konsum, zum anderen eine Tendenz zur weiteren Erhöhung der durchschnittlichen monatlichen Konsummenge im Vergleich zur Braunschweiger Voruntersuchung.

Auch bei Betrachtung der studierendenäquivalenten Altersgruppen ergeben sich deutliche Unterschiede, wie in Tabelle 18 zu erkennen ist.

Tabelle 18: Konsumkategorien, getrennt nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)

	Konsumkategorien	Altersgruppen			
		18-20	21-24	25-29	30-39
BS-Studie 2008	Abstinenter	9,0	9,4	10,2	15,6
	Risikoarmer Konsum	71,7	70,3	71,0	72,7
	Riskanter Konsum	14,2	14,0	13,4	6,5
	Risikokonsum	4,3	5,2	4,9	4,5
	Hochkonsum	0,9	1,1	0,4	0,6
	Gesamt (n)	100,0 (233)	100,0 (1106)	100,0 (694)	100,0 (154)
Suchtsurvey	Abstinenter	25,8	24,3	27,0	23,5
	Risikoarmer Konsum	62,4	63,8	65,5	69,4
	Riskanter Konsum	8,6	9,1	6,3	5,5
	Risikokonsum	2,9	2,1	1,1	1,2
	Hochkonsum	0,4	0,6	0,1	0,5
	Gesamt (n)	100,0 (898)	100,0 (911)	100,0 (867)	100,0 (1259)

Die Gruppe der Studierenden unterscheidet sich hierbei nicht nur in der Altersgruppe der 18- bis 20-Jährigen ($\chi^2[4] = 33,590$; $p \leq .000$; $ES = .35$) von der Vergleichsstichprobe, sondern auch in den Altersgruppen der 21- bis 24-Jährigen ($\chi^2[4] = 96,488$; $p \leq .000$; $ES = .38$), der 25- bis 29-Jährigen ($\chi^2[4] = 94,732$; $p \leq .000$, $ES = .51$) und in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen ($\chi^2[4] = 14,279$; $p = .006$; $ES = .20$). Die Gruppe der Studierenden war demnach auch in der altersspezifischen Analyse in den Kategorien riskanter und gefährlicher Konsum deutlich überrepräsentiert und unterschied sich damit zumeist höchstsignifikant von der Allgemeinbevölkerung gleichen Alters.

5.1.1.2 TRINKPAUSEN

Die Probanden wurden nach dem Tag ihres letzten Alkoholkonsums befragt. Hierdurch konnte die durchschnittliche Anzahl trinkfreier Intervalle in Tagen bestimmt werden, die im Folgenden als „Trinkpausen“ bezeichnet werden. Hierbei zeigte sich folgendes Bild:

Insgesamt beantworteten diese Frage 2.262 Personen, von denen sich 40 (1,8%) als völlig/lebenslang abstinent einstufen. Aufgrund der Tatsachen, dass sich auf Grundlage dieser

Angaben keine trinkfreien Intervalle berechnen ließen, wurden sie von der folgenden Analyse ausgeschlossen. Diese beruhte damit auf den verbleibenden 2.222 Studierenden.

Im Durchschnitt vergingen seit dem letzten Alkoholkonsum 23,2 Tage ($SD\ 149,76$) wobei Mittelwert sowie Standardabweichung durch die extremen Ausreißer bedingt sind (Minimum: 0 Tage; Maximum: 2.920 Tage). Dies wurde auch deutlich durch den Median, der mit einem trinkfreien Intervall von zwei Tagen ein realistischeres Bild zeigte. Die detaillierte Verteilung kann Abbildung 5 entnommen werden.

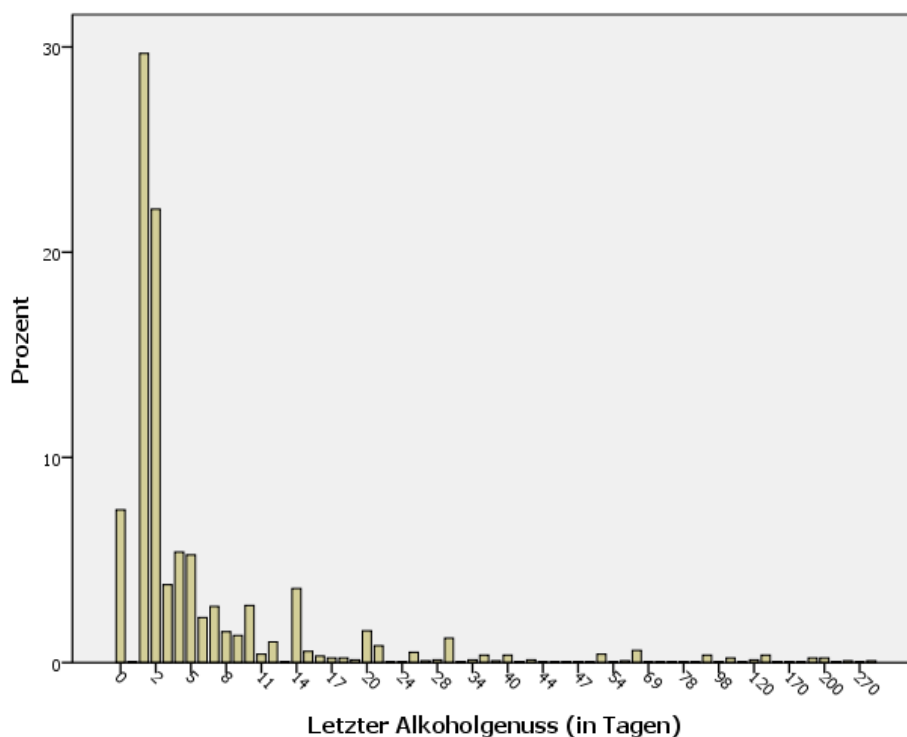


Abbildung 5: Anzahl trinkfreier Intervalle (in Tagen) der Gesamtstichprobe

Hier zeigt sich im Vergleich zur Untersuchung von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008) eine Tendenz zu einer Verringerung der trinkfreien Intervalle: Seinerzeit vergingen im Schnitt 39,4 Tage ($SD\ 268,16$) mit einem Median von 3 Tagen.

Nur bezogen auf die letzten dreißig Tage konnte in der vorliegenden Untersuchung ein Mittelwert von 4,4 Tagen ($SD\ 5,8$) bei einem Median von 2 errechnet werden ($n = 2.084$).

5.1.1.3 BINGE DRINKING

Insgesamt beantworteten 2.256 Personen die Frage bzgl. des Konsums von fünf oder mehr Gläsern Alkohol bei einer Gelegenheit.

Der Anteil der Befragten, die bezogen auf die letzten dreißig Tage angaben, an keinem Tag fünf oder mehr alkoholische Getränke zu sich genommen zu haben, lag bei 50,6% (n= 1.141), inkl. derjenigen, die lebenslang abstinent waren. Als Binge-Drinker konnten demnach 49,4% (n= 1.115) klassifiziert werden. Unter den Binge-Drinkern fanden sich 328 Heavy User, was einem Anteil von 14,5% von allen Befragten entspricht (Abb. 6).

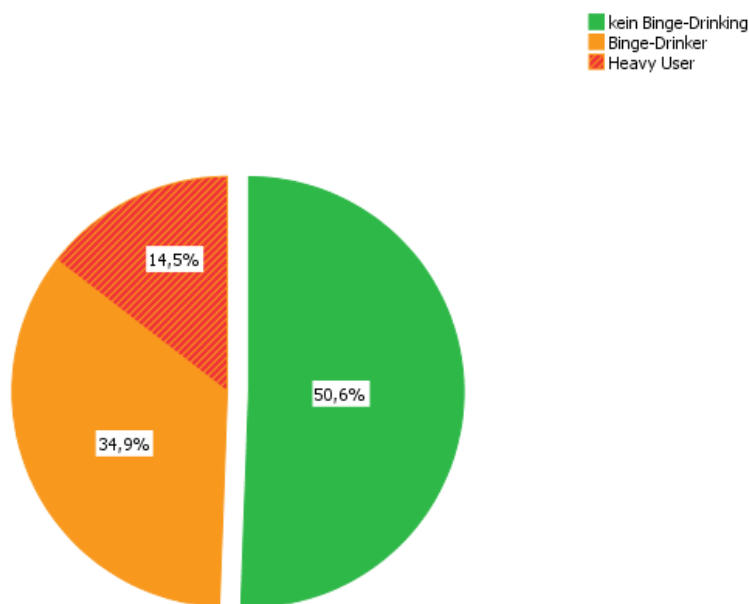


Abbildung 6: Anteile der „Binge-Drinking“-Kategorien der Gesamtstichprobe

Im Durchschnitt tranken die klassifizierten Binge-Drinker (exkl. Heavy User) innerhalb der letzten dreißig Tage an 2,1 Tagen (Median 2, SD 1,07; Minimum 1, Maximum 4) fünf oder mehr alkoholische Getränke. Betrachtet man die Heavy User gesondert, die per definitionem fünfmal oder öfter pro Monat Binge-Drinking betreiben, so zeigt sich hier ein deutlich höherer Mittelwert von 8,4 Tagen pro Monat (Median 7; SD 4,54; Minimum 5, Maximum 30).

Betrachtet man das Rauschtrinken anhand der Binge-Drink-Kategorien vor dem Hintergrund des durchschnittlichen monatlichen Alkoholkonsums, eingeteilt nach Konsumkategorien, so wird deutlich, dass je mehr getrunken wird auch der Anteil der Binge-Drinker und vor allem auch der Heavy User zunimmt (Tab. 19). Diese Unterschiede können auch in einem Chi-Quadrat-Test statistisch höchst signifikant nachgewiesen werden ($\chi^2[8] = 943.891$; $p \leq .000$; $ES = .67$). Somit zeigt sich hieran die Tendenz, dass Alkohol eher bei sich wiederholenden Trinkgelegenheiten massiert konsumiert wird, und weniger kontinuierlich, wie beispielsweise bei einem täglichen Konsum, denn sonst wäre ein höherer Anteil der „Nicht-Binge-Drinker“ in den Risikokonsumkategorien (riskanter, gefährlicher und Hochkonsum) zu erwarten.

Tabelle 19: Häufigkeitsverteilung von Rauschtrinken bezogen auf Konsumkategorien

Konsumkategorien		„Binge-Drinking“-Kategorien			
		Kein „Binge-Drinker“	„Binge-Drinker“	Heavy-User	Gesamt
abstinent	Anzahl	227	0	0	226
	% von Kons.-Kat.	100,0%	0%	0%	100%
risikoarmer Konsum	Anzahl	829	592	76	1497
	% von Kons.-Kat.	55,4%	39,5%	5,1%	100%
riskanter Konsum	Anzahl	24	125	129	278
	% von Kons.-Kat.	8,6%	45,0%	46,4%	100%
gefährlicher Konsum	Anzahl	6	30	70	106
	% von Kons.-Kat.	5,7%	28,3%	66,0%	100%
Hochkonsum	Anzahl	2	3	12	17
	% von Kons.-Kat.	11,8%	17,6%	70,6%	100%
Gesamt	Anzahl	1087	750	287	2124
	% von Kons.-Kat.	51,2%	35,3%	13,5%	100%

Vergleicht man die Prävalenzen des Rauschtrinkens der vorliegenden Untersuchung mit denen der Voruntersuchung von 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008) sowie denen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 (Pabst & Kraus, 2008), so zeigen sich deutliche Unterschiede (Tab. 20): Zum einen ist bzgl. der Braunschweiger Studierenden ein Trend zu geringerem und seltenerem Rauschtrinken zu beobachten – denn sowohl der Anteil der Binge-Drinker als auch der Heavy User ist rückläufig –, zum anderen ist Rauschtrinken, trotz des leichten Rückgangs, im studentischen Milieu erheblich weiter verbreitet als in der Normalbevölkerung. Zu beachten hierbei ist jedoch, dass im Epidemiologischen Suchtsurvey Heavy Using bereits ab viermal Binge-Drinking pro Monat als solches gewertet wird, in den Braun-

schweiger Untersuchungen erst ab fünfmal. Somit wäre nach der hiesigen Definition der Anteil der Heavy User in der Normalbevölkerung geringer und der der Binge-Drinker höher.

Tabelle 20: Vergleich Binge-Drinking – Braunschweiger Untersuchungen 2008 (Hammerschmidt, 2011), 2006/07 (Hammerschmidt & Heine, 2008), Epidemiologischer Suchtsurvey 2006 (Pabst & Kraus, 2008)

„Binge-Drinking“- Kategorien	Braunschweiger Studie 2008 N= 2584	Braunschweiger Studie 2006/07 N= 303	Epidemiologischer Suchtsurvey 2006 N= 5540
Kein Binge-Drinking	50,6%	42,9%	66,6%
Binge-Drinking	34,9%	39,3%	19,5%
Heavy-Using	14,5%	17,8%	13,9%

5.1.1.4 RAUSCHTRINKEN/VOLLRAUSCHZUSTÄNDE

Bezüglich des „Rauschtrinkens“ wurden die Studierenden gefragt, ob sie sich „schon einmal so richtig betrunken“ hätten und wenn ja, wie oft dies in den vergangenen zwölf Monaten vorgekommen wäre. Dabei wurde es den Studierenden überlassen diesen Ausdruck seiner Bedeutung nach zu interpretieren.

Auf die Frage „Waren Sie schon einmal richtig betrunken“ antworteten insgesamt 2.327 Personen, davon antworteten 2057 Studenten (88,4%) mit *Ja*, die übrigen 270 (11,6%) mit *Nein*.

Die Anzahl der Vollrauschzustände der vergangenen 12 Monate lag durchschnittlich bei 5,2 (*SD* 11,37), mit einem Median von zwei (*n*= 2.291). Diese Ergebnisse lassen sich auf die erhebliche Spannweite der Angaben mit einem Minimum von 0 sowie einem Maximum von 200 Zuständen des Vollrausches zurückführen (Abbildung 7).

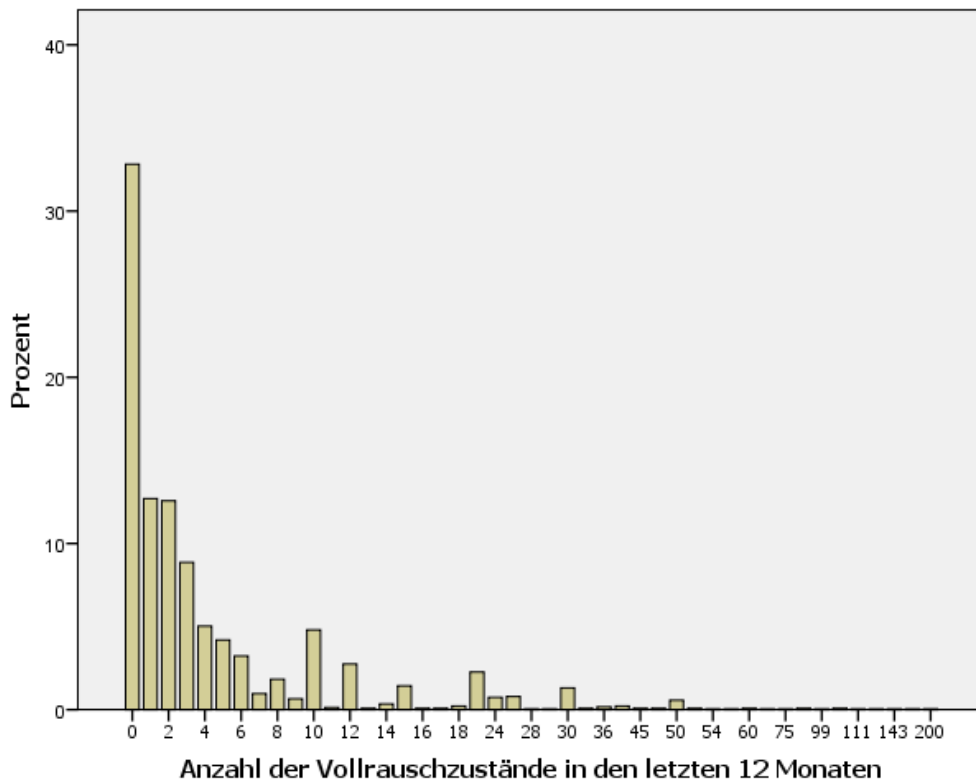


Abbildung 7: Anzahl der Vollrauschzustände in den vergangenen 12 Monaten in der Gesamtstichprobe

Darüber hinaus ließ sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der „Binge-Drinking“-Tage pro Monat und der Anzahl der Vollrauschtage pro Jahr ermitteln ($r = .448$; $p \leq .000$; $r^2 = .20$). Hier waren alle Personen in die Analyse eingeschlossen, die angaben, Binge-Trinken zu vollziehen, aber eben auch Personen, die angaben, trotz Binge-Trinkens, nicht unbedingt einen Vollrausch erlebt zu haben. Hier handelt es sich wie beschrieben um ein rein subjektives Empfinden.

Des weiteren konnte die Tendenz aufgezeigt werden, dass Heavy User sich nicht nur öfter rauschmäßig betranken, sondern auch von allen alkoholischen Getränken bei einem durchschnittlichen Trinkereignis mehr konsumierten als „einfache“ „Binge-Drinker“. Dieser Effekt wurde bei der Anzahl kleiner Biere (0,2-0,3l) während der letzten 30 Tage höchst signifikant ($t_{(622)} = -6,41$; $p \leq .000$; $d = .57$), bei der „normale“ Binge-Trinker im Mittel 3,9 ($SD\ 2,84$) kleine Biere konsumierten, Heavy-User dagegen 5,7 ($SD\ 3,88$) Biere tranken. Gleiches gilt für den Konsum großer Biere (0,4 bis 0,5l), wo im t-Test ebenfalls ein höchstsignifikantes Ergebnis erzielt wurde ($t_{(465)} = -5,3$; $p \leq .000$, $d = .52$). Hier tranken die Binge-Trinker im Mittel 3,2 ($SD\ 2,47$) Biere, während die Heavy-User im Schnitt 4,5 Bier ($SD\ 2,66$) tranken. Dieser Effekt zeigt-

te sich auch bei anderen Getränke-Kategorien wie Wein ($t_{(589)} = -4,66$; $p \leq .000$, $d = .43$) oder bei der Anzahl kleiner Schnäpse ($t_{(629)} = -4,00$; $p \leq .000$, $d = .35$).

5.1.1.4 MISSBRAUCH UND ABHÄNGIGKEIT - SCREENING

Riskanter Alkoholkonsum der Studierenden im Sinne von Missbrauch oder Abhängigkeit wurde mit Hilfe des vier Fragen umfassenden CAGE-Fragebogens erfasst. Bei zwei oder mehr „Ja“-Antworten besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass der Befragte Alkoholmissbrauch betreibt oder sogar bereits eine Alkoholabhängigkeit entwickelt hat (vgl. Abschnitt 2.1.6). Demzufolge wurden zur Analyse zwei Gruppen gebildet, eine klinisch unauffällige (CAGE-Summenscore < 2) sowie eine weitere, mit Studierenden, die im Sinne einer Interpretation als klinisch auffällig einzustufen waren (CAGE-Summenscore ≥ 2).

Da im Epidemiologischen Suchsurvey 2006 (Pabst & Kraus, 2008) Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit nicht, wie in der vorliegenden Arbeit, mittels CAGE sondern mithilfe der Items der erweiterten Version des Münchner Diagnostik Interview Schedule (M-CIDI) von Wittchen et al., (1994, 1995) erfragt wurde, kann somit der *direkte* Vergleich nicht stattfinden. Dennoch soll der Versuch unternommen werden die Ergebnisse bzgl. Missbrauch/Abhängigkeit trotz der Limitation zu vergleichen. Wie Tabelle 21 zeigt, sind rund 30,3% der Studierenden der vorliegenden Untersuchung nach dem CAGE als auffällig einzustufen. Hier zeigte sich ein extremer Unterschied zur repräsentativen Stichprobe des Epidemiologischen Suchtsurveys, in dem nur 6,2% der Befragten als auffällig einzustufen waren (Tab. 21). Hierbei handelt es sich jedoch um einen Vergleich mit der Gesamtstichprobe im Alter von 18-64 Jahre. Bei einer altersentsprechenden Betrachtung (Altersspanne 18-39 Jahren zeigen sich ebenso die beschriebenen Unterschiede, wenn auch in geringerem Maße (Tab. 22). Auffällig ist, dass in der altersentsprechenden Normalbevölkerung der Höhepunkt der Prävalenz von Missbrauch und Abhängigkeit bereits in der Altersgruppe der 18-20-Jährigen erreicht ist und anschließend kontinuierlich abnimmt. In der studentischen Stichprobe der vorliegenden Untersuchung steigt sie hingegen bis zum Ende des dritten Lebensjahrzehnts an und sinkt erst wieder nach dem 30. Lebensjahr (Tab. 22).

Im Vergleich der beiden Braunschweiger Untersuchungen von 2006/07 und 2008 ergaben sich keine signifikanten Unterschiede (Tab. 21): 2006/07 lag der Anteil der Unauffälligen bei 68,2%, der der Auffälligen bei 31,8%. Der dahingehende Chi-Quadrat-Test konnte ebenfalls keine systematischen Unterschiede aufdecken ($\chi^2[2] = .302$; $p = .31$; $ES = .01$).

Tabelle 21: Missbrauch/Abhängigkeit. Vergleich Braunschweiger Studie mit Epidemiologischem Suchtsurvey und der Voruntersuchung von 2006/07

	Braunschweiger Studie 2006/07 (n=317)		Braunschweiger Studie 2008 (n= 2320)		Epidemiologischer Sucht- survey 2006 (n= 7719)	
	CAGE (Cluster)		CAGE (Cluster)		M-CIDI	
	unauffällig	Missbr./Abh.	unauffällig	Missbr./Abh.	unauffällig	Missbr./Abh.
Anzahl	216	101	1616	704	7719	520
Prozent	68,1%	31,9%	69,7%	30,3%	93,8%	6,2%

Tabelle 22: Missbrauch/Abhängigkeit. Vergleich Braunschweiger Studie mit Epidemiologischem Suchtsurvey – bezogen auf Altersgruppen

	Braunschweiger Studie 2008 CAGE-Cluster		Epidemiologischer Suchtsurvey 2006 M-CIDI	
Altersgruppe	unauffällig	auffällig	unauffällig	auffällig
18-20	72,9%	27,1%	85,7%	14,3%
21-24	70,3%	29,7%	86,5%	13,5%
25-29	67,0%	33,0%	93,3%	6,7%
30-39	74,4%	25,6%	94,3%	5,7%

Bei näherer Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der *CAGE-Cluster* bezogen auf die „Binge-Drinking“-Kategorien, konnte festgestellt werden, dass bei Studierende, die als Heavy-User zu bezeichnen sind, höchstsignifikant öfter Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol nach den Kriterien des CAGE zu diagnostizieren ist (Tabelle 23). Dies konnte anhand eines Chi-Quadrat-Tests statistisch höchstsignifikant nachgewiesen werden ($\chi^2[2]= 312,197$; $p \leq .000$; $ES= .81$).

Tabelle 23: „Binge-Drinking“-Kategorien getrennt nach CAGE-Clustern

		„Binge-Drinking“-Kategorien			
CAGE-Cluster		Kein „Binge-Drinker“	„Binge-Drinker“	Heavy-User	Gesamt
unauffällig	Anzahl	932	483	124	1539
	% von CAGE-Cluster	60,6% *	31,4%	8,1% **	100%
auffällig	Anzahl	157	301	203	661
	% von CAGE-Cluster	23,8% **	45,5% *	30,7% **	100%
Gesamt	Anzahl	1089	784	327	2200
	% von CAGE-Cluster	49,5%	35,6%	14,9%	100%

* Die Werte sind auf dem Niveau von .05 signifikant.

** Die Werte sind auf dem Niveau von .01 signifikant.

5.1.1.5 ALKOHOLKONSUM UND STUDIENBEGINN

Bei einem Großteil der Studierenden hatte die Aufnahme des Studiums keinen Einfluss auf das Trinkverhalten. 42,3% (n= 983) der Befragten gaben an, genau so viel wie vorher getrunken zu haben. Einen deutlich geringeren Alkoholkonsum stellten 14,1% (n= 327) Personen fest, ein bisschen weniger tranken 314 Studierende (13,5%). Einen geringen Anstieg der konsumierten Menge erkannten 21,1% (n= 490), deutlich mehr tranken 9,1% (n= 211) der Befragten seit Beginn ihres Studiums (Abb. 8).

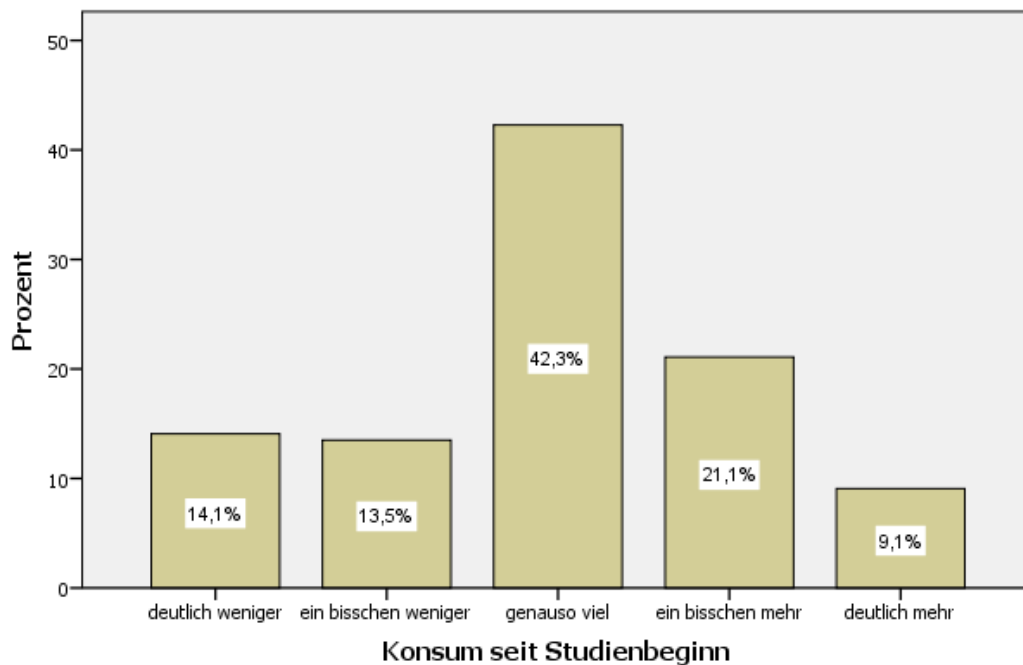


Abbildung 8: Veränderung des Alkoholkonsums seit Aufnahme des Studiums

Als Hauptgründe für erhöhten Alkoholkonsum mit Beginn des Studiums nannten sehr viele Probanden (n= 378), dass sie nun mehr Zeit hätten, Alkohol zu konsumieren. Weiter wurde von 306 Teilnehmern angegeben, dass es bei Treffen mit Kommilitonen „dazu gehört“, Alkohol zu trinken. Des weiteren wurde Alkoholkonsum als Mittel zur Entspannung von 188 Personen angegeben. 85 Personen teilten mit, sie hätten seit Beginn des Studiums mehr Geld für Alkoholkonsum zur Verfügung und tranken daher mehr.

Zeit und Geld spielt bei vielen Befragten jedoch auch eine umgekehrte Rolle, so gaben 401 Teilnehmer an, seit Beginn des Studiums weniger Zeit, 256 weniger Geld zu haben, um Al-

kohol zu trinken. Auch Lernstress scheint sich bei vielen durch einen verringerten Alkoholkonsum auszuwirken (n= 367). Weitere Gründe, weniger Alkohol zu trinken, waren, um sich besser auf das Studium konzentrieren (n= 364) und um seine Ziele besser verfolgen zu können (n= 215). Des weiteren gaben jeweils 112 Teilnehmer an, aufgrund der Konsumgewohnheiten des neuen Freundeskreises, bzw. aufgrund der Aufnahme einer partnerschaftlichen Beziehung, weniger Alkohol zu konsumieren.

5.1.2 ANALYSE UND PRÄVALENZ DES NIKOTINKONSUMS

An der Befragung zum Thema Nikotinkonsum beteiligten sich insgesamt 2.348 Studierende. Zum Vergleich mit der Repräsentativerhebung des Suchtsurveys 2009 (Pabst et al., 2010) wurden zur Analyse des Nikotinkonsums unter Studierenden folgende Konsumkategorien gebildet: Nichtraucher, Raucher (inkl. Gelegenheitsrauchern) und Ex-Raucher.

Folgende Prävalenzen konnte in der studentischen Stichprobe ermittelt werden: 1.350 Studierende gaben an, *Nichtraucher* zu sein, dies entspricht 57,5% der Befragten. Als *Raucher* und Gelegenheitsraucher bezeichneten sich 782 Personen (33,3%). Sie hätten mit dem Rauchen aufgehört, seien somit „*Ex-Raucher*“, erklärten 216 Studierende (9,2%) (Abbildung 9).

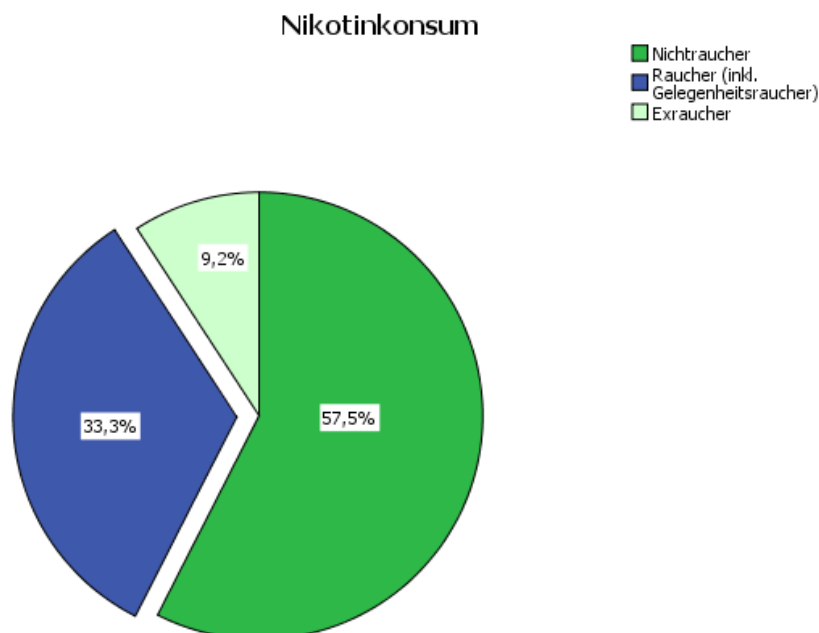


Abbildung 9: Prävalenz des Nikotinkonsums in der studentischen Stichprobe

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigten sich bzgl. des Rauchens höchstsignifikante Unterschiede ($\chi^2[2]= 292,370$; $p \leq .000$) (Tab. 24).

Tabelle 24: Prävalenz des Nikotinkonsums – Vergleich Suchtsurvey mit studentischer Stichprobe

Konsumprävalenz		Personen	Prozent
BS-Studie 2008	Nichtraucher	1350	57,5
	Raucher	782	33,3
	Ex-Raucher	218	9,2
	Gesamt	2348	100,0
Suchtsurvey 2009	Nichtraucher	3858	44,8
	Raucher	2354	29,2
	Ex-Raucher	1771	26,0
	Gesamt	7983	100,0

Wie Tabelle 25 zeigt, werden die Unterschiede zwischen der studentischen Stichprobe und dem Suchtsurvey auch bei einem geschlechtsspezifischen Vergleich deutlich: Sowohl bei den Männern ($\chi^2[2]= 247,317$; $p \leq .000$; $ES= .46$) als auch bei den Frauen ($\chi^2[2]= 95,384$; $p \leq .000$; $ES= .27$) zeigten sich höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Stichproben.

Tabelle 25: Prävalenz des Nikotinkonsums – Vergleich Suchtsurvey mit studentischer Stichprobe, getrennt nach Geschlecht

Konsumprävalenz		Geschlecht	
		Männer	Frauen
BS-Studie 2008	Nichtraucher	58,1	56,7
	Raucher	33,5	33,0
	Ex-Raucher	8,3	10,3
Suchtsurvey 2009	Nichtraucher	38,8	51,0
	Raucher	32,8	25,5
	Ex-Raucher	28,5	23,6

Bei der geschlechtsspezifischen Untersuchung innerhalb der studentischen Stichprobe (Abb. 10) fällt ebenfalls auf, dass sich Männer und Frauen nicht signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2[2]= 2,570$; $p= .28$; $ES= .07$).

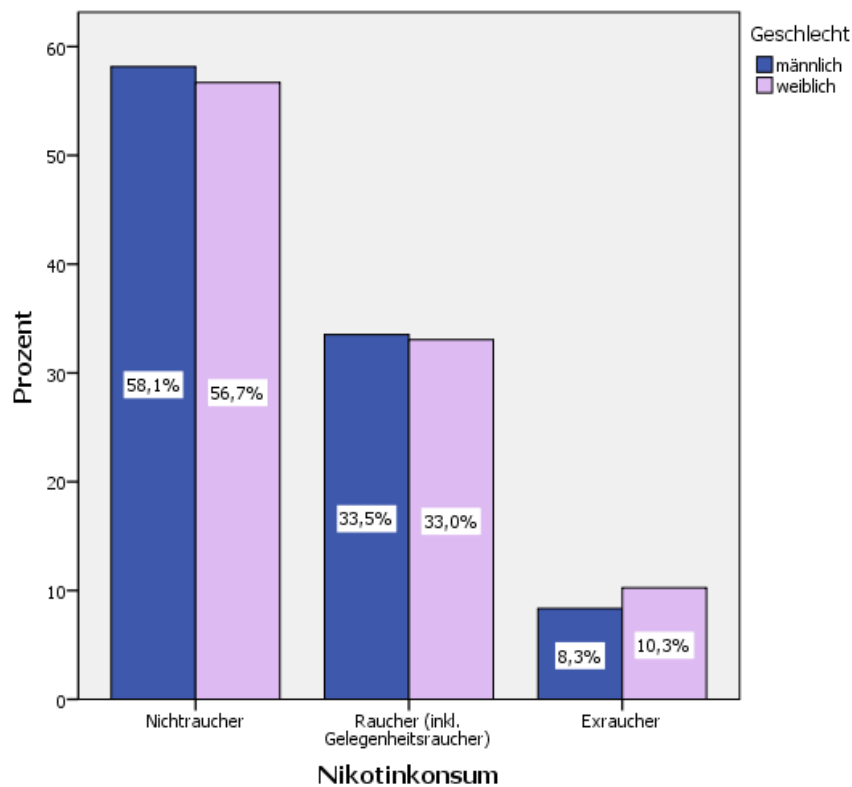


Abbildung 10: Prävalenz des Nikotinkonsums in der studentischen Stichprobe, getrennt nach Geschlecht

Die Unterschiede bestehen vorwiegend in der erheblich höheren Zahl der Ex-Raucher im Survey. Hierbei muss jedoch erwähnt werden, dass in dieser Analyse sämtliche Bevölkerungsschichten im Alter von 18 bis 64 Jahren berücksichtigt wurden und daher der Anteil der Ex-Raucher allein aufgrund der Altersentwicklung höher einzuschätzen ist. Daher wurde in einem weiteren Schritt der Vergleich mit altersentsprechenden Stichproben durchgeführt. Hier erhöht sich ebenfalls mit steigendem Alter der Anteil der Ex-Raucher. Auffallend ist bei näherer Betrachtung der Ergebnisse, dass der Anteil der Raucher sowohl in der studentischen als auch in der Vergleichsgruppe mit zunehmendem Alter ansteigt, andererseits jedoch auch der Anteil derjenigen, die das Rauchen wieder aufgeben.

Darüber hinaus konnte aufgezeigt werden, dass im studentischen Milieu der Anteil der Nichtraucher höher und damit der der Raucher geringer ist als in altersentsprechenden Vergleichsstichprobe (Tab. 26).

Tabelle 26: Prävalenz des Nikotinkonsums nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)

		Altersgruppen		
Konsumprävalenz		18-20	21-24	25-29
BS-Studie	Nichtraucher	68,1	61,0	50,6
	Raucher	26,7	31,4	38,1
	Ex-Raucher	5,2	7,6	11,3
Suchtsurvey	Nichtraucher	67,9	51,7	45,5
	Raucher	27,3	38,5	39,0
	Ex-Raucher	4,9	9,8	15,5

5.2 DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN UND ALKOHOLKONSUM

Im folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung hinsichtlich soziodemographischer Faktoren dargestellt. Zunächst wurde der Hypothese nachgegangen, dass das Geschlecht einen Einfluss auf den Alkoholkonsum habe. Weitere mögliche Einflussfaktoren, wie das Alter und der Beziehungsstatus, wurden nachfolgend untersucht.

5.2.1 GESCHLECHTERUNTERSCHIEDE IM TRINKVERHALTEN

Da in zahlreichen Studien wiederholt dargestellt werden konnte, dass die Geschlechtszugehörigkeit einen Einfluss auf den Alkoholkonsum hat, wurde anhand der ersten Hypothese dieser Frage nachgegangen:

HYPOTHESE 1: MÄNNER UNTERSCHIEDEN SICH VON FRAUEN IN BEZUG AUF IHR TRINKVERHALTEN.

5.2.1.1 VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN)

Die befragten Studierenden wurden nach oben angegebenem Schema in Konsumkategorien, getrennt nach Geschlecht, eingestuft (vgl. Abschnitt 2.3.9).

In der vorliegenden Untersuchung ergaben sich die in Tabelle 27 abgebildeten Verteilungen auf die gebildeten Konsumkategorien nach Geschlecht.

Tabelle 27: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien), getrennt nach Geschlecht

		Konsumkategorie					Gesamt
		abstinent	risikoarm	riskant	gefährlicher Konsum	Hochkonsum	
männlich	Anzahl	115	331	190	78	9	1223
	% von Geschl.	9,4%	67,9%	15,5%	6,4%	0,7%	100%
weiblich	Anzahl	111	733	101	33	9	987
	% von Geschl.	11,2%	74,3%	10,2%	3,3%	0,9%	100%
Gesamt	Anzahl	226	1564	291	111	18	2210
	% von Geschl.	10,2%	70,8%	13,2%	5,0%	0,8%	100%

Der Chi-Quadrat-Test lieferte ein höchstsignifikantes Ergebnis ($\chi^2[4] = 26,778$; $p \leq .000$; $ES = .22$). Die Unterschiede werden insbesondere in den Bereichen *riskanter* und *gefährlicher Konsum* deutlich. Darüber hinaus fällt auch auf, dass die Geschlechterverteilung in der Kategorie *Hochkonsum* gleich ist, Frauen sogar verhältnismäßig „überlegen“ sind, was so nicht vermutet werden konnte – auch deswegen weil sich in der Braunschweiger Untersuchung von 2006/07 keine Frauen in dieser Kategorie befanden. Betrachtet man den durchschnittlichen Tageskonsum, so zeigen sich auch hier erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Männliche Studenten tragen durchschnittlich rund 20 Gramm Alkohol pro Tag ($SD\ 23,86$), Frauen hingegen nur 10,5 Gramm ($SD\ 16,20$). Die Unterschiede konnten statistisch höchstsignifikant bestätigt werden ($t_{(2212)} = 10,729$; $p \leq .000$; $d = .46$).

Vergleicht man die Verteilungen der aktuellen Studie mit der des Epidemiologischen Suchtsurvey zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede: In einem Chi-Quadrat-Test konnte aufgezeigt werden, dass sowohl die Männer, als auch die Frauen der Braunschweiger Stichprobe sich höchstsignifikant von den repräsentativen Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys unterschieden. Männer: ($\chi^2[4] = 102,766$; $p \leq .000$; $ES = .30$) Frauen: ($\chi^2[4] = 192,384$; $p \leq .000$; $ES = .39$). Dies wird insbesondere in den Kategorien *abstinent*, in der die Studierenden deutlich unterrepräsentiert sind, aber auch in den Kategorien *riskanter* und *gefährlicher Konsum*, hier waren die Studierenden deutlich überrepräsentiert. Insbesondere bei den Frauen werden diese Unterschiede sehr deutlich (Tab. 28). Eine Untersuchung der Geschlechterunterschiede (Braunschweiger Studie vs. Epidemiologischer Suchtsurvey) nach Altersgruppen konnte aufgrund fehlender Informationen im Survey nicht durchgeführt werden.

Tabelle 28: Geschlechtervergleich der Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) des Epidemiologischen Suchtsurveys mit der Braunschweiger Studie (Angaben in Prozent)

	Epidemiologischer Suchtsurvey 2006	Braunschweiger Studie 2008
Geschlecht		
Männer	3396	1223
abstinent	20,2%	9,4%
risikoarmer Konsum	65,7%	67,9%
riskanter Konsum	10,0%	15,5%
gefährlicher Konsum	3,5%	6,4%
Hochkonsum	0,6%	0,7%
Frauen	4177	987
abstinent	30,4%	11,2%
risikoarmer Konsum	62,5%	74,3%
riskanter Konsum	5,7%	10,2%
gefährlicher Konsum	1,3%	3,3%
Hochkonsum	0,1%	0,9%

5.2.1.2 TRINKPAUSEN

Die Feststellung der trinkfreien Intervalle wurde wie in Abschnitt 5.1.1.2 beschrieben durchgeführt. In Anlehnung an den Epidemiologischen Suchtsurvey (vgl. Pabst & Kraus, 2008; Augustin & Kraus, 2005) wurden alle Personen, die in den vergangenen 30 Tagen keinen Alkohol tranken, als abstinent eingestuft. Demzufolge wurden sie von allen weiteren Analysen der Trinkpausen ausgeschlossen. Es ergab sich nach Ausschluss folgendes Bild (Tabelle 29):

Tabelle 29: Trinkfreie Intervalle (in Tagen ≤ 30), getrennt nach Geschlecht

	Geschlecht	N	M	SD
Letzter Alkoholgenuss in Tagen (für Fälle ≤ 30)	männlich	1167	3,6	5,31
	weiblich	917	5,3	6,16

Wie zu erkennen ist, zeigen sich höchstsignifikante Unterschiede bzgl. der trinkfreien Intervalle ($t_{(2082)} = -6,727$; $p \leq .000$; $d = .30$). Während Männer im Schnitt kaum mehr als drei Tage keinen Alkohol konsumierten, waren es bei den Frauen mehr als fünf.

5.2.1.3 RAUSCHTRINKEN/VOLLRAUSCHZUSTÄNDE

Auf die Frage, ob sie schon einmal in ihrem Leben „richtig betrunken“ gewesen seien, antworteten von den 1.284 befragten Männern 1193 (92,9%) mit *Ja* und 91 (7,1% mit *Nein*. Von den 1050 Frauen gaben 875 (83,3%) an, schon einmal richtig betrunken gewesen zu sein, während 175 (16,7%) diese Frage mit einem *Nein* beantworteten. Der Geschlechterunterschied ist, wie der durchgeführte Chi-Quadrat-Test zeigte, höchstsignifikant ($\chi^2[1] = 52,439$; $p \leq .000$; $ES = .32$).

Gefragt nach der Anzahl der Vollrauschzustände der *vergangenen zwölf Monate* antworteten die 1260 befragten Männer im Mittel 6,6 ($SD\ 12,67$) Mal, und damit fast doppelt so häufig Frauen ($n=1031$; $M=3,5$; $SD\ 9,28$). Der folgende t-Test ergab einen höchstsignifikanten Unterschied bezogen auf die Häufigkeit des „Betrunkenseins“ zwischen den Geschlechtern ($t_{(2289)} = 6,425$; $p \leq .000$; $d = .27$). Männer neigten danach überzufällig häufig dazu, sich rauschmäßig zu betrinken.

5.2.1.4 BINGE-DRINKING UND HEAVY-USER

Bezogen auf die Häufigkeit des Binge-Drinking-Verhalten zeigte sich ebenfalls ein höchstsignifikanter Geschlechterunterschied ($t_{(2214)} = 11,020$; $p \leq .000$, $d = .47$). Während Männer im Durchschnitt rund drei Mal im Monat Binge-Drinking betrieben ($M = 2,7$; $SD\ 3,75$), zeigten Frauen dieses Verhalten im Schnitt lediglich rund ein Mal ($M = 1,14$; $SD\ 2,74$).

Betrachtet man die sogenannten Heavy-User bezogen auf Unterschiede zwischen den Geschlechtern, zeigte sich, dass 262 Männer (21,4%) und 66 Frauen (6,4%) als Heavy-User zu bezeichnen sind (Tabelle 30).

Wie Tabelle 24 weiter zu entnehmen ist, stellen Männer nicht nur eine höhere Anzahl Binge-Drinker sondern auch mehr als dreimal so viele Heavy-User wie die befragten Studentinnen. Frauen waren dagegen deutlich häufiger in der Kategorie kein Binge-Drinking-Verhalten vertreten. Der beschriebene Unterschied zeigte sich auch im Chi-Quadrat-Test, der ein höchstsignifikantes Ergebnis lieferte ($\chi^2[2] = 191,046$; $p \leq .000$; $ES = .31$).

Tabelle 30: „Binge-Drinking“-Kategorien, getrennt nach Geschlecht

		„Binge-Drinking“-Kategorien	Häufigkeit	Prozent	
Männer N= 1204		Keine „Binge-Drinker“	468	38,2%	*
		„Binge-Drinker“	495	40,4%	
		„Heavy-User“	262	21,4%	*
Frauen N= 1010		Keine „Binge-Drinker“	673	65,3%	*
		„Binge-Drinker“	292	28,3%	
		„Heavy-User“	66	6,4%	**

* Die Werte sind auf dem Niveau von .05 signifikant

** Die Werte sind auf dem Niveau von .01 signifikant.

Insgesamt betrachtet konnte die Hypothese, dass Frauen und Männer sich im Trinkverhalten unterscheiden, in den Bereichen Verteilung des Alkoholkonsums, der Anzahl der Vollrauschtage der vergangenen 12 Monate, des Binge-Drinking-Verhaltens sowie des Heavy-Usings bestätigt werden. Hierbei konnte auch die Ergebnisse der Braunschweiger Studie von 2006/07 weitgehend repliziert werden.

5.2.1.5 MISSBRAUCH UND ABHÄNGIGKEIT

Wie Tabelle 31 zeigt, sind 29,4% aller Befragten nach dem CAGE als auffällig einzustufen, wobei dieser Kategorie nahezu doppelt so viele Männer wie Frauen zuzuordnen sind. Der Geschlechterunterschied ist, wie der durchgeführte Chi-Quadrat-Test zeigte, höchstsignifikant ($\chi^2[1]= 79,627; p \leq .000; ES= .39$).

Tabelle 31: CAGE-Kategorien, getrennt nach Geschlecht

		CAGE-Kategorie			gesamt
		unauffällig	auffällig		
männlich	Anzahl	758	450	*	1208
	% v. Geschlecht	62,7%	37,3%		100%
weiblich	Anzahl	784	193	*	977
	% v. Geschlecht	80,2%	19,8%		100
gesamt	Anzahl	1542	643		2185
	% v. Geschlecht	70,6%	29,4%		100%

* Die Werte sind auf dem Niveau von .05 signifikant.

5.2.2 ZUSAMMENHÄNGE VON ALTER UND TRINKVERHALTEN

In einem weiteren Schritt wurde anhand der HYPOTHESE 2: DAS ALTER HAT EINEN EINFLUSS AUF DAS TRINKVERHALTEN überprüft, ob in der studentischen Stichprobe ebenfalls Alterseffekte, wie beispielsweise eine Zunahme des Konsums mit steigendem Alter, aufzudecken sind.

5.2.2.1 VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN)

In der vorliegenden Untersuchung konnten, bezogen auf die entsprechenden Altersgruppen (vgl. Pabst & Kraus, 2008), folgende Verteilungen des Alkoholkonsums festgestellt werden (Tab. 32):

Tabelle 32: Verteilung des Alkoholkonsums nach Altersgruppen (Angaben in Prozent)

		Altersgruppen			
	Konsumkategorien	18-20	21-24	25-29	30-39
		(233)	(1106)	(694)	(154)
BS-Studie (2187)	Abstinente	9,0	9,4	10,2	15,6
	Risikoarmer Konsum	71,7	70,3	71,0	72,7
	Riskanter Konsum	14,2	14,0	13,4	6,5
	Risikokonsum	4,3	5,2	4,9	4,5
	Hochkonsum	0,9	1,1	0,4	0,6

In der durchgeführten Analyse konnten keine systematischen Unterschiede zwischen den Altersgruppen in Bezug auf die Konsumkategorien festgestellt werden ($\chi^2[12] = 14,213$; $p = .29$; $ES = .16$). Auch bzgl. der durchschnittlichen täglichen Konsummenge in Gramm konnte keine signifikante Unterschiede dargestellt werden ($r = -.04$; $p = .06$; $r^2 = .16$).

5.2.2.2 TRINKPAUSEN

Zur Feststellung der trinkfreien Intervalle wurden, wie bereits oben beschrieben, alle Personen, die in den vergangenen 30 Tagen keinen Alkohol tranken, als abstinent eingestuft. Sie wurden von der weiteren Analyse der Trinkpausen ausgeschlossen. Untersucht werden sollte, ob sich das Alter auf die Anzahl der Tage zwischen den letzten Trinkgelegenheiten auswirkt. Folgende Werte konnten in der studentischen Stichprobe ermittelt werden (Tabelle 33):

Tabelle 33: Trinkfreie Intervalle (in Tagen), getrennt nach Alterskategorien

Alterskategorie	Trinkpausen in Tagen (≤ 30)				
	n	M	SD	Minimum	Maximum
18-20	80	10,5	7,40	3	30
21-24	420	9,4	6,75	0	30
25-29	243	8,9	6,35	1	30
30-39	39	11,1	7,28	3	30
gesamt	782	9,4	6,74	0	30

Eine Korrelationsuntersuchung konnte hier ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bezogen auf die trinkfreien Intervalle (in Tagen) feststellen ($r = -.04$; $p = .10$; $r^2 = .00$). Die längsten Trinkpausen haben – deskriptiv betrachtet – die jüngsten und die älteren Studierenden.

5.2.2.3 RAUSCHTRINKEN/VOLLRAUSCHZUSTÄNDE

Weiterhin wurde die Anzahl der Vollrauschzustände in den vergangenen 12 Monaten bzgl. des Alters betrachtet; exklusive aller Werte oberhalb von 365, da es sich hierbei um per se Fehler handeln muss. Es zeigte sich, dass sich die Gruppe 30-39-Jährigen mit durchschnittlich 19 Vollrauschzuständen im Jahr am häufigsten stark betranken, jedoch hier auch die größte Standardabweichung zu verzeichnen war. Somit scheinen Extremwerte das Bild zu verzerren. Ansonsten liegen die Mittelwerte mit knapp über zehn Vollrauschzuständen im Jahr sehr homogen bei einander (Tabelle 34). Die anschließende Korrelationsuntersuchung konnte keine signifikante Zusammenhänge zwischen Alter und Vollrauschtagen darstellen ($r = -.02$; $p = .34$; $r^2 = .00$).

Tabelle 34: Vollrauschzustände der letzten 12 Monate, getrennt nach Altersgruppen

Alterskategorie	Vollrauschzustände (≤ 365)				
	n	M	SD	Minimum	Maximum
18-20	48	13,0	16,89	3	90
21-24	292	11,9	19,69	2	240
25-29	146	11,2	21,86	3	200
30-39	15	19,3	37,19	3	150
gesamt	501	12,0	20,78	2	240

5.2.2.4 BINGE-DRINKING UND HEAVY-USER

Ebenso zeigten sich bei der Betrachtung des Binge-Drinking-Verhaltens keine signifikante korrelativen Zusammenhänge bezogen auf das Alter und die Häufigkeit des Binge-Drinkings ($r = -.04$; $p = .06$; $r^2 = .00$). In Abbildung 11 sind die Mittelwerte der Häufigkeit des Binge-Drinkings innerhalb der letzten Tage getrennt nach Altersgruppen abgebildet: Hier konnten insgesamt recht homogenere Mittelwerte (vgl. Abb. 11) und Standardabweichungen verzeichnet werden.

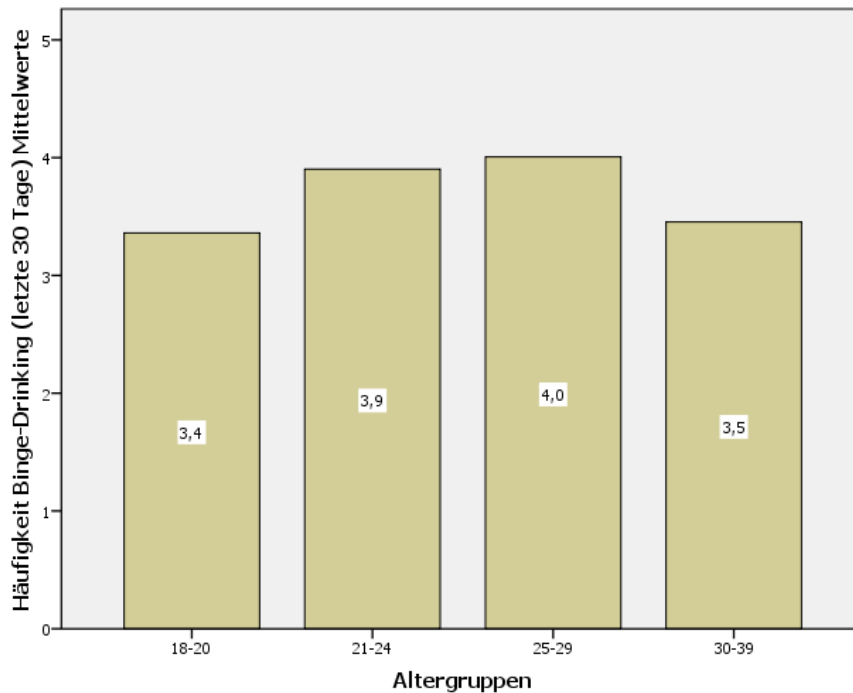


Abbildung 11: Häufigkeit des Binge-Drinkings in den letzten 30 Tagen, getrennt nach Altersgruppen

Interessanterweise zeigten sich jedoch höchstsignifikante Unterschiede in der Einteilung nach Binge-Drinking-Kategorien ($\chi^2[6] = 24,330$; $p \leq .000$; $ES = .21$) (Tab.17). Insbesondere Studierende in der Altersgruppe der 30-39-Jährigen waren überzufällig selten unter den Heavy-Usern und den „normalen“ Binge-Drinkern vertreten und damit häufiger als erwartet keine Binge-Drinker (Tab. 35).

Tabelle 35: Binge-Drinking-Kategorien, getrennt nach Altersgruppen

Altersgruppe		Trinkverhalten – Binge-Drinking			Gesamt
		Kein Binge-Drinking	Binge-Drinking	Heavy User	
18-20	Anzahl	119	94	25	238
	% v. Altergr.	50,0%	39,5%	10,5%	100%
21-24	Anzahl	531	415	180	1126
	% v. Altergr.	47,2%	36,9%	16,0%	100%
25-29	Anzahl	370	231	106	707
	% v. Altergr.	52,3%	32,7%	15,0%	100%
30-39	Anzahl	99	44	11	154
	% v. Altergr.	64,3%	28,6%	7,1%	100%
Gesamt	Anzahl	1119	784	322	2225
	% v. Altergr.	50,3%	35,2%	14,5%	100%

5.2.2.5 MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT

Betrachtet man pathologisches Trinkmuster, so ergeben sich weder in einer Korrelationsuntersuchung (Alter x CAGE-Summenscore) ($r = .03$, $p = .14$; $r^2 = .00$) noch mittels Chi-Quadrat-Test signifikante Unterschiede, wenngleich auch hier deskriptiv zu erkennen ist, dass die 30-39-Jährigen seltener in der Gruppe Missbrauch/Abhängigkeit vertreten waren (Tab. 36). ($\chi^2[3] = 5.405$; $p = .14$; $ES = .10$).

Tabelle 36: Missbrauch/Abhängigkeit, bezogen auf Altersgruppen

Altersgruppe		CAGE-Cluster		gesamt
		unauffällig	auffällig	
18-20	Anzahl	180	67	247
	% v. Altergr.	72,9%	27,1%	100%
21-24	Anzahl	815	345	1160
	% v. Altergr.	70,3%	29,7%	100%
25-29	Anzahl	488	240	728
	% v. Altergr.	67,0%	33,0%	100%
30-39	Anzahl	116	40	156
	% v. Altergr.	74,4%	25,6%	100%
Gesamt	Anzahl	1599	692	2291
	% v. Altergr.	69,8%	30,2%	100%

Zusammenfassend lässt sich somit zeigen, dass das etwaige Alter von Studierenden keinen Einfluss auf die Konsumgewohnheiten hat. Lediglich die Gruppe der älteren Studierenden

im Alter von 30 bis 39 Jahren zeigt insgesamt betrachtet moderatere Konsummuster, auch wenn diese Tendenz nur bei den Binge-Drinking-Kategorien signifikant nachgewiesen werden konnte.

5.2.3 ZUSAMMENHÄNGE VON BEZIEHUNGSSTATUS UND TRINKVERHALTEN

HYPOTHESE 3: PERSONEN VERSCHIEDENER BEZIEHUNGSSTATUS UNTERSCHIEDEN SICH IN IHREM TRINKVERHALTEN.

5.2.3.1 VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN)

Bezogen auf die Verteilung des Alkoholkonsums konnte folgende Häufigkeitstabelle errechnet werden (Tabelle 37):

Tabelle 37: Verteilung des Alkoholkonsums, bezogen auf den Partnerschaftsstatus

Partnerschaftsstatus		Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien)					Gesamt
		abstinent	risikoarm	riskant	gefährlicher Konsum	Hochkonsum	
noch nie	Anzahl	34	114	24	4	0	176
	% v. Partnerschaft.	19,3%	64,8%	13,6%	2,3%	0%	100%
z.Z. nicht	Anzahl	42	449	116	44	7	658
	% v. Partnerschaft.	6,4%	68,2%	17,6%	6,7%	1,1%	100%
wechselnd	Anzahl	4	61	21	15	3	104
	% v. Partnerschaft.	3,8%	58,7%	20,2%	14,4%	2,9%	100%
fest	Anzahl	136	938	129	47	8	1258
	% v. Partnerschaft.	10,9%	78,8%	8,7%	1,1%	0,5%	100%
Gesamt	Anzahl	216	1562	290	110	18	2196
	% v. Partnerschaft.	9,8%	71,1%	13,2%	5,0%	0,8%	100%

Aufgrund der Tatsache, dass sich in einigen Zellen, insbesondere im Bereich gefährlicher und Hochkonsum, eine sehr geringere Zellenbesetzung zeigte, wurden aus den fünf Konsumkategorien zwei Konsum-Cluster (*harmloser Konsum* und *Risikokonsum*) gebildet und anschließend mit suffizienter Zellenbesetzung ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, der ein höchstsignifikantes Ergebnis lieferte ($\chi^2[3] = 57,178$; $p \leq .000$; $ES = .39$). Dieser Wert ist vor allem bedingt durch den hohen Anteil der Personen mit gegenwärtig keiner oder wechselnden Partnerschaften im Cluster Risikokonsum, bzw. dem geringeren Anteil der fest verpartnerten Personen im Cluster Risikokonsum (Abb. 12). Ein ähnliches, ebenfalls höchstsignifikantes Ergebnis liefert hier auch eine ANOVA in Bezug auf Partnerschaftsstatus und

durchschnittlicher täglicher Alkoholmenge in Gramm ($F[3, 2198] = 31.641; p \leq .000; \eta^2 = .041$). In der durchgeführten Scheffé-Prozedur konnte darüber hinaus aufgezeigt werden, dass die Unterschiede nur zwischen den Gruppen „noch nie“ und „fest“ nicht signifikant werden. Alle übrigen unterscheiden sich auf höchstsignifikantem Niveau.

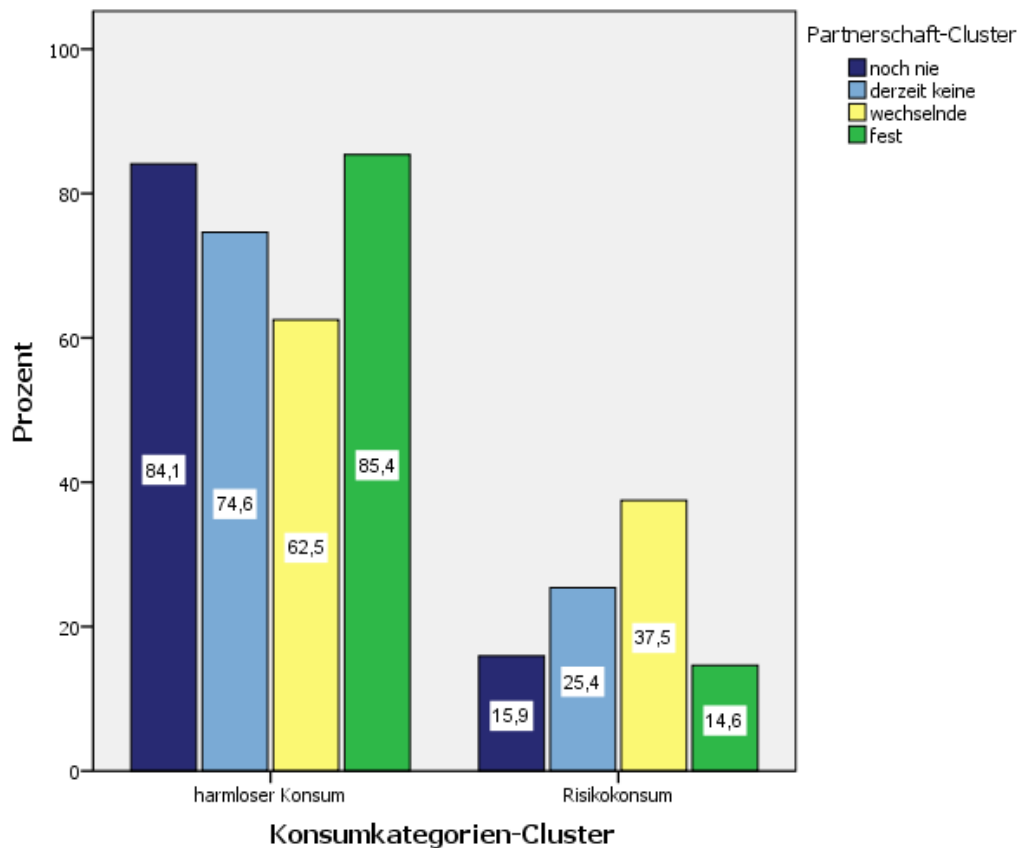


Abbildung 12: Verteilung des Alkoholkonsums, bezogen auf den Partnerschaftsstatus

5.2.3.2 TRINKPAUSEN

Zur Feststellung der trinkfreien Intervalle wurden, wie bereits oben beschrieben, alle Personen, die in den vergangenen 30 Tagen keinen Alkohol tranken, als abstinent eingestuft. Demzufolge wurden sie von allen weiteren Analysen der Trinkpausen ausgeschlossen. Im Folgenden sollte untersucht werden, ob der Partnerschaftsstatus einen Einfluss auf die Anzahl der Tage zwischen den letzten Trinkgelegenheiten hatte. Folgende Werte konnten in der studentischen Stichprobe beobachtet werden (Tabelle 38):

Tabelle 38: Trinkfreie Intervalle (in Tagen), getrennt nach Partnerschaftsstatus

Partnerschaftsstatus	Trinkpausen in Tagen (≤ 30)				
	n	M	SD	Minimum	Maximum
noch nie	145	4,8	6,22	0	30
derzeit nicht	650	3,6	5,00	0	30
wechselnd	101	3,0	4,50	0	30
fest	1178	4,4	5,76	0	30

Eine einfaktorielle Varianzanalyse zeigte einen höchstsignifikanten Unterschied zwischen den Gruppen der verschiedenen Partnerschaftsstatus, wenngleich mit nur geringer Effektgröße ($F[3, 2070] = 8.599; p \leq .000; \eta^2 = .012$) bezogen auf die trinkfreien Intervalle (in Tagen).

5.2.3.3 RAUSCHTRINKEN/VOLLRAUSCHZUSTÄNDE

Im weiteren Verlauf wurde die Anzahl der Vollrauschzustände in den vergangenen 12 Monaten in Bezug auf den aktuellen Partnerschaftsstatus betrachtet; exklusive aller Werte oberhalb von 365, da es sich hierbei um Fehler handeln muss. Es zeigte sich, dass die Gruppe der Studierenden, die *wechselnde* Partnerschaften angaben ($n = 109$), mit einem Mittelwert von 11,4 Vollrauschzuständen im vergangenen Jahr ($SD 19,2$) sich deutlich von den anderen Gruppen abhoben. Deutlich wird auch hier, dass Personen, die noch nie eine partnerschaftliche Beziehung unterhalten haben sowie Teilnehmer, die zum Zeitpunkt der Befragung in einer festen Partnerschaft lebten, sich am seltensten betranken (Tabelle 39).

Tabelle 39: Vollrauschzustände der letzten 12 Monate, getrennt nach Partnerschaftsstatus

Partnerschaftsstatus	Vollrauschzustände in den vergangenen 12 Monaten					
	n	M	SD	Median	Minimum	Maximum
noch nie	183	3,9	8,5	1	0	60
derzeit nicht	682	7,1	14,57	3	0	200
wechselnd	109	11,4	19,18	5	1	143
fest	1307	3,9	11,38	1	0	200

Jedoch zeigen sich bei genauerer Betrachtung eine sehr breite Standardabweichung sowie erhebliche Unterschiede in den Maxima sowie bei den Medianen. In einem weiteren Schritt wurden daher 18 Ausreißerwerte über 50 (0,8%) zur weiteren Analyse ausgeschlossen. Hierbei zeigten sich deutlich homogenere Standardabweichungen (6,4-8,9) und kleinere Durchschnittswerte (Abb. 13). Die Reihenfolge blieb jedoch unverändert, ebenso die höchstsignifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($F[3, 2259] = 24,653; p \leq .000; \eta^2 = .032$).

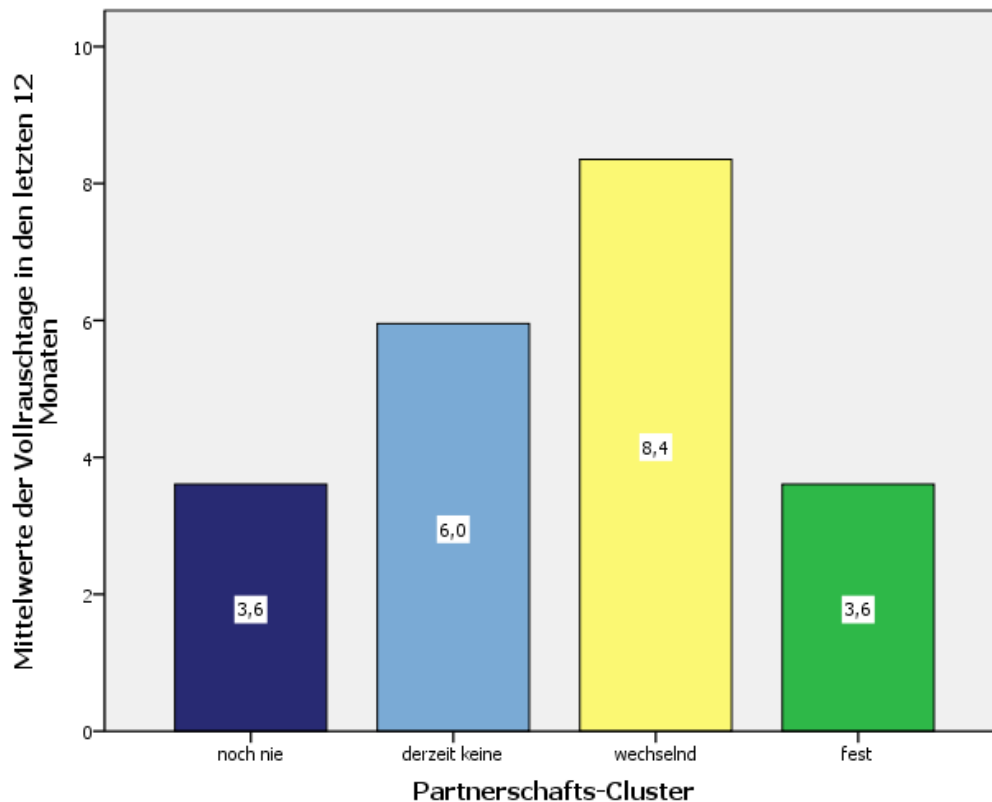


Abbildung 13: Mittelwerte der Anzahl der Vollrauschtage in den letzten 12 Monaten getrennt nach Partnerschafts-Clustern

5.2.3.4 BINGE-DRINKING UND HEAVY-USER

Ein sehr ähnliches Bild zeigte sich bei der Betrachtung des Binge-Drinking-Verhaltens, bei dem ebenfalls Personen mit *wechselnden* Partnerschaften ($n = 105$) deutlich höhere Werte aufzeigten. Sie gaben an, im Durchschnitt 4,0 Mal ($SD\ 4,57$) innerhalb der letzten 30 Tage fünf oder mehr Getränke bei einer Gelegenheit zu sich genommen zu haben. Bei allen anderen Gruppen zeichnete sich dagegen ein homogeneres Bild ab: Studierende, die *noch nie* eine partnerschaftliche Beziehung hatten ($n = 177$), gaben im Durchschnitt an, innerhalb des letzten Monats 1,9 Mal ($SD\ 4,45$) Binge-Drinking betrieben zu haben, bei Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung *derzeit nicht* waren ($n = 651$), lag der Mittelwert bei 2,7 ($SD\ 3,75$). Die Gruppe der Studierenden, die angaben, in einer *festen* partnerschaftlichen Beziehung zu leben ($n = 1272$), wiesen mit 1,5 ($SD\ 2,70$) Binge-Drinking-Gelegenheiten die geringste Häufigkeit auf (Abbildung 14).

Hier zeigte eine einfaktorielle ANOVA ebenfalls einen höchstsignifikanten Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Häufigkeit des Binge-Drinking-Verhaltens in den ver-

gangenen 30 Tagen ($F[3,2201]= 33,103; p \leq .000; \eta^2 = .043$). Die Unterschiede werden insbesondere im Vergleich der Gruppe „wechselnd“ mit allen anderen Gruppen deutlich.

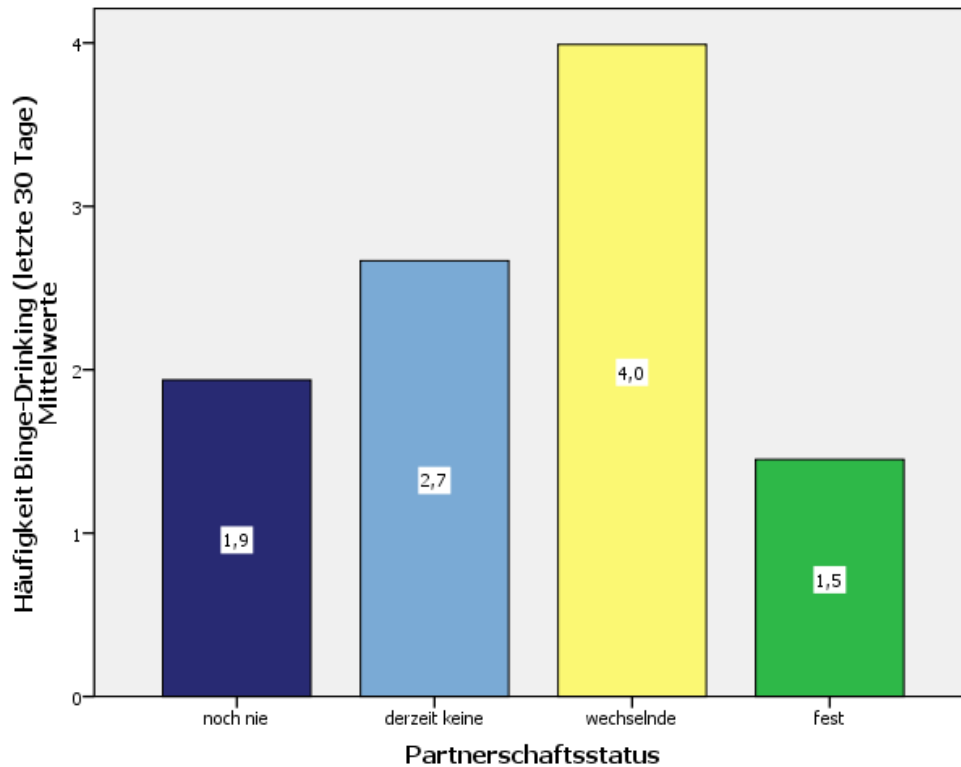


Abbildung 14: Mittelwerte der Häufigkeit des Binge-Drinking, bezogen auf den Partnerschaftsstatus

Im Folgenden wurde das Binge-Drinking-Verhalten noch einmal in die Unterkategorien kein Binge-Drinking, „normales“ Binge-Drinking und Heavy-Using differenziert: Auffällig ist hier, dass die Studierenden, die derzeit keine oder wechselnden Partnerschaften angaben, in der Kategorie der Kein-Binge-Drinking unter-, dagegen in der Kategorie der „Heavy-User“ überrepräsentiert waren (Tab. 40). Dieses Ergebnis zeigt auch der durchgeführte Chi-Quadrat-Test deutlich ($\chi^2[6]= 99,630; p \leq .000; ES = .44$).

Tabelle 40: Binge-Drinking-Kategorien, bezogen auf den Partnerschaftsstatus

Partnerschaftsstatus		Trinkverhalten – Binge-Drinking			Gesamt
		Kein Binge-Drinking	Binge-Drinking	Heavy User	
noch nie	Anzahl	105	50	22	177
	% v. Partnersch.	59,3%	28,2%	12,4%	100%
z.Z. nicht	Anzahl	256	258	137	651
	% v. Partnersch.	39,3%	39,6%	21,0%	100%
wechselnd	Anzahl	28	44	33	105
	% v. Partnersch.	26,7%	41,9%	31,4%	100%
fest	Anzahl	706	432	132	1258
	% v. Partnersch.	55,6%	34,0%	10,4%	100%
Gesamt	Anzahl	1095	784	324	2203
	% v. Partnersch.	49,7%	35,6%	14,7%	100%

Insgesamt betrachtet, zeigten sich in den untersuchten Bereichen höchstsignifikante Unterschiede, die vorwiegend auf die Gruppe der Personen zurückführen sind, die wechselnde Partnerschaften angaben. Personen dieser Gruppe konsumierten im Schnitt am häufigsten und den meisten Alkohol, hatten die geringsten Trinkpausen, neigten am häufigsten zum Binge-Drinking und waren auch in der Gruppe der Heavy User am höchsten repräsentiert. Dieses macht sich ebenfalls in Verteilung der Personen bezogen auf Missbrauch/Abhängigkeit bemerkbar:

5.2.3.5 MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT

In Bezug auf pathologisches Trinkmuster konnte mittels der CAGE-Cluster ermittelt werden, dass rund jeder Zweite, der angab, wechselnde Partnerschaften zu haben, zumindest missbräuchlich Alkohol zu sich nimmt. Am wenigsten auffällig erscheinen demnach Personen, die noch nie eine partnerschaftliche Beziehung geführt haben und solche, die aktuell in einer festen Partnerschaft leben (Abb. 15). Die Unterschiede konnten auch durch einen Chi-Quadrat-Test nachgewiesen werden ($\chi^2[3] = 40.002$; $p \leq .000$; $ES = .27$). In einer weiteren Analyse konnte dieser Effekt auch anhand des CAGE-Summenscores nachgewiesen werden ($F[3,2308] = 18,417$; $p \leq .000$; $\eta^2 = .023$).

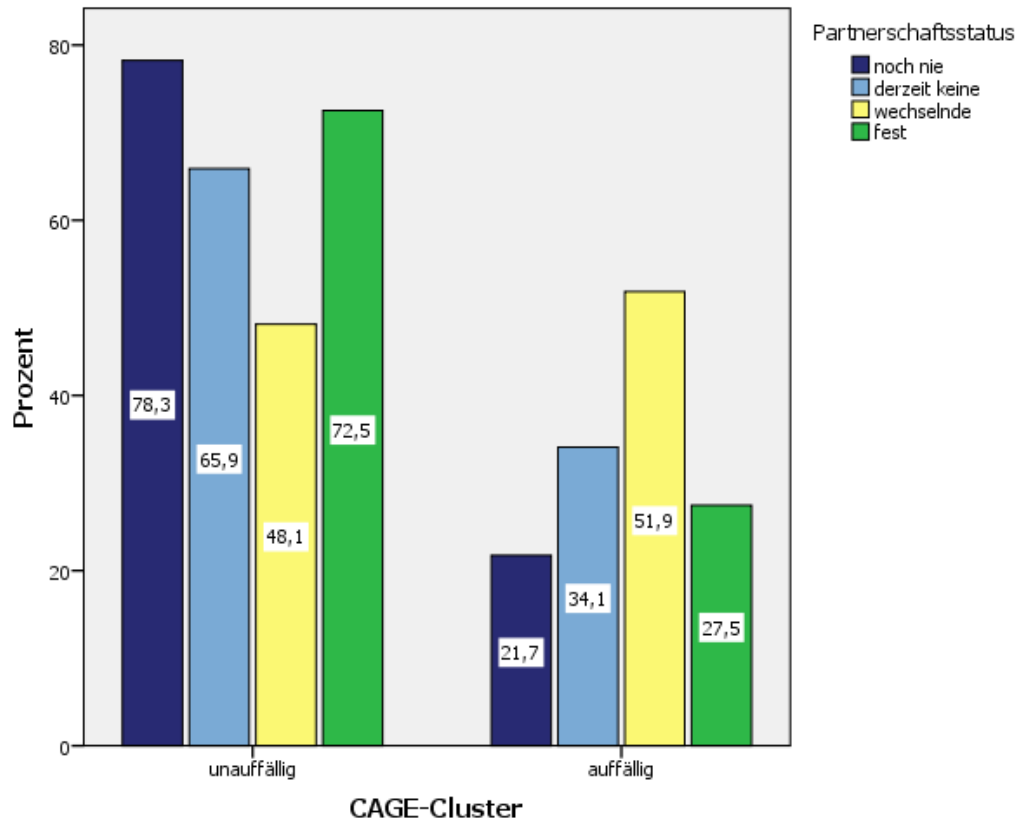


Abbildung 15: Missbrauch/Abhängigkeit, bezogen auf den Partnerschaftsstatus

5.3 STUDIENSTRUKTUR, -ZUFRIEDENHEIT UND ALKOHOLKONSUM

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Untersuchung bezogen auf die Studienstruktur und die damit verbundene Zufriedenheit mit den Studienbedingungen untersucht. Daher gilt der erste Fokus der Analyse der Studienzufriedenheit vor dem Hintergrund des Alkoholkonsums. Folgend wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Studienabschluss und Trinkgewohnheiten untersucht. Abschließend werden die Ergebnisse zu den Studienzweigen in Bezug auf den Alkoholkonsum dargestellt.

5.3.1 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ALKOHOLKONSUM UND STUDIENZUFRIEDENHEIT

Insgesamt beantworteten 2222 Studierende die Skala zu subjektiv empfundenen Studienbedingungen, deren sechs Items abgestuft von trifft nicht zu (0) bis trifft völlig zu (3) beantwortet werden konnten. Je zufriedener sich der Proband mit den Studienbedingungen zeigte,

desto mehr sollte sich sein Summenscore Null annähern, je unzufriedener, desto mehr tendiert der Summenscore zum Maximum von 18.

Der Mittelwert aller Befragten lag bei $M = 4,6$ ($SD = 3,32$), der Median bei 4. Der höchste gemessene Summenscore betrug 18, der niedrigste null (Abbildung 18). Somit unterscheiden sich die Werte nur marginal zur Untersuchung von 2006 (Hammerschmidt & Heine, 2008). Hier lag der Mittelwert der 172 befragten Braunschweiger Studierenden bei $M = 4,4$ ($SD = 3,17$). Die überwiegende Mehrheit der befragten Studierenden gab demnach an, mit den aktuellen Studienbedingungen im Wesentlichen zufrieden zu sein. Allerdings konnte hier auch ein signifikanter Geschlechterunterschied beobachtet werden ($t_{(2220)} = 2.42$; $p \leq .05$; $d = .10$): Wie bereits in 2006 nachgewiesen werden konnte, zeigten sich Studentinnen ($n = 1000$) mit einem Mittelwert von $M = 4,5$ ($SD = 3,34$) insgesamt leicht zufriedener mit den Studienbedingungen als ihre männlichen Kommilitonen ($n = 1222$) mit einem Mittelwert von $M = 4,8$ ($SD = 3,30$) (Abb. 16).

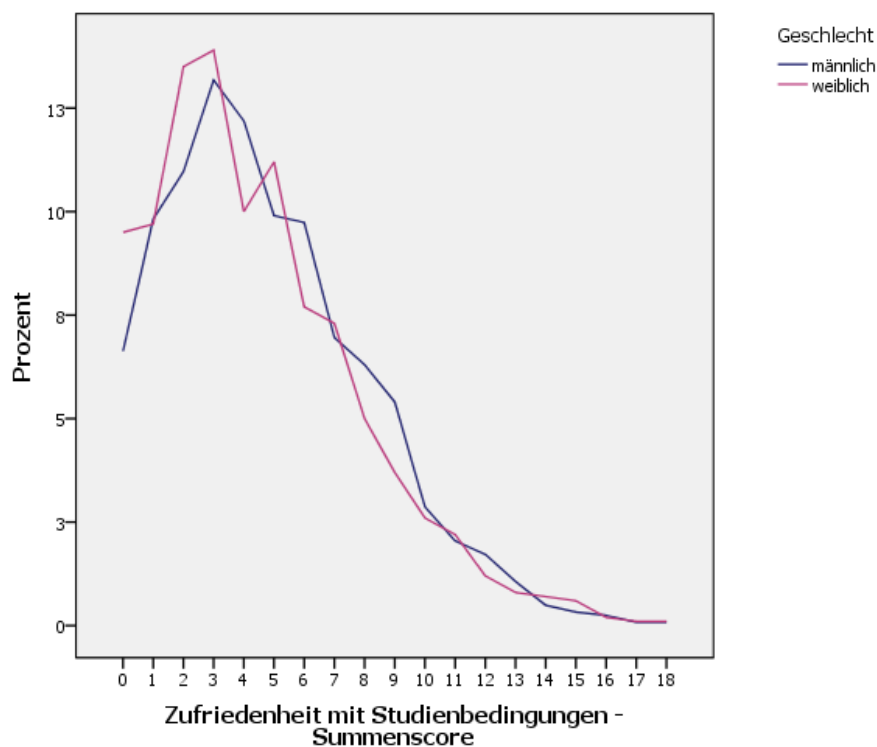


Abbildung 16: Zufriedenheit mit aktuellen Studienbedingungen, getrennt nach Geschlecht

Im Folgenden wurde der Frage nachgegangen, ob ein Zusammenhang zwischen subjektiv empfundener Unzufriedenheit mit den Studienbedingungen sowie einem erhöhten Alkoholkonsum besteht:

FRAGESTELLUNG 4: UNTERSCHIEDEN SICH STUDIERENDE, DIE UNZUFRIEDENHEIT MIT IHREN AKTUELLEN STUDIENBEDINGUNGEN BEKUNDEN, IM TRINKVERHALTEN VON IHREN KOMMITTENTEN, DIE MIT IHREN STUDIENBEDINGUNGEN ZUFRIEDENER SIND?

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen den empfundenen Studienbedingungen und dem Alkoholkonsum der Probanden darzustellen, wurde eine Korrelationsuntersuchung durchgeführt. Durch ein äquivalentes Vorgehen zur Braunschweiger Untersuchung von 2006 von Hammerschmidt und Heine (2008) eröffnet sich auch die Möglichkeit, die Ergebnisse hinsichtlich einer Replizierbarkeit oder möglicher Unterschiede bzw. Veränderungen zu vergleichen.

In der durchgeführten Untersuchung konnten die folgenden in der Korrelationsmatrix abgebildeten Werte ermittelt werden (Tab. 41).

Tabelle 41: Korrelationsmatrix – Studienbedingungen und Variablen zu Alkoholkonsum

Braunschweiger Untersu- chung 2008		Studien- Bedingung (Summensco- re)	Letztmaliger Alkohol-konsum (in Tagen)	„Binge- Drinking“ (Ta- ge/Monat)	Anzahl Voll- rausch- zustände (letz- te 12 Monate)
Studien-Bed. (Summenscore)	Korr. nach Pearson	1			
	ES (r^2)	1			
	Signifikanz (2-seitig)				
	N	1844			
Letztmaliger Alkohol- konsum (in Tagen)	Korr. nach Pearson	-.03	1		
	ES (r^2)	.00	1		
	Signifikanz (2-seitig)	.27			
	N	1844	1844		
„Binge-Drinking“ (Tage/Monat)	Korr. nach Pearson	-.02	-.02	1	
	ES (r^2)	.00	.00	1	
	Signifikanz (2-seitig)	.50	.39		
	N	1844	1844	1844	
Anzahl Vollrauschzu- stände (letzte 12 Monate)	Korr. nach Pearson	.06 *	-.17 ***	-.02	1
	ES (r^2)	.00	.03	.00	1
	Signifikanz (2-seitig)	.02	.000	.36	
	N	1844	1844	1844	1844
Braunschweiger Untersu- chung 2006/07					
Studien-Bed. (Summenscore)	Korr. nach Pearson	1	-.06	-.06	-.13
	ES (r^2)	1	.00	.00	.02
	Signifikanz (2-seitig)		.411	.448	.125
	N	172	167	164	146

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant.

*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant.

Es zeigte sich – im Sinne der Fragestellung – ein positiver, wenn auch nur sehr geringer Zusammenhang ($r = .06$, $p = .02$; $r^2 = .00$) zwischen Unzufriedenheit mit den Studienbedingungen und der Anzahl der Vollrauschzustände. Man könnte demnach postulieren, dass mit wachsender Unzufriedenheit mit den Studienbedingungen auch die Anzahl der Vollrauschzustände zunimmt. Wobei Ursache und Wirkung hierbei nicht abgelesen werden können.

In einer zusätzlichen Korrelationsuntersuchung wurde des weiteren noch nach einem Zusammenhang zwischen Studien(un)zufriedenheit und der durchschnittlichen täglich konsumierten Alkoholmenge durchgeführt. Hier wurden zunächst alle Werte größer 250g/Tag, was in etwa einer Flasche Hochprozentigem entspricht, aus den Analysen ausgeschlossen. Somit sollte sichergestellt werden, dass zwar auch extreme Trinker (mit wahrscheinlichen Problemen im Studium) in die Analyse mit eingeschlossen, jedoch andererseits Fehler möglichst ausgeschlossen werden können.

Bei der durchgeführten Korrelationsuntersuchung ($n = 2.096$) konnte ein höchstsignifikanter, wenn auch nur sehr geringer positiver Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen täglich aufgenommenen Alkoholmenge und der empfundenen Unzufriedenheit mit den Studienbedingungen festgestellt werden ($r = .08$, $p \leq .000$; $r^2 = .00$).

Hiermit zeigt sich dementsprechend ein ähnlicher Effekt wie bei der Anzahl der Vollrauszustände pro Jahr.

Im Gegensatz zur Untersuchung von 2006, bei der kein Zusammenhang zwischen Studienbedingung und Alkoholkonsum aufgezeigt werden konnte (Tab. 41), kann hier, wenn auch nur leicht, doch korrelative Effekte zumindest zwischen einer alkoholspezifischen Variable und Studienzufriedenheit aufgedeckt werden.

Die Frage, ob sich Studierende, die Unzufriedenheit mit ihren aktuellen Studienbedingungen bekunden, im Trinkverhalten von ihren Kommilitonen, die mit ihren Studienbedingungen zufriedener sind, unterscheiden, kann auf Grundlage der Daten mit Einschränkungen bejaht werden, auch wenn die Kausalität nicht eindeutig zuzuordnen ist.

5.3.2 ZUSAMMENHÄNGE VON STUDIENABSCHLÜSSEN UND TRINKVERHALTEN

Bei Personen, die als nächst erreichbaren Abschluss das *Staatsexamen* bzw. *Examenszwischenprüfung* oder *Magister* bzw. *Magister-Zwischenprüfung* angaben, mussten aufgrund der geringen Anzahl in jeweils einer Kategorie *Magister-Studiengang* und *Staatsexamen-Studiengang* zusammengefasst werden. Ein Grund für die geringe Anzahl von Studierenden dieser Kategorien ist vermutlich darin zu suchen, dass der Beginn der Umstellung auf Bachelor- und Masterabschlüsse in den geistes- und erziehungswissenschaftlichen Fächern bereits vor einigen Semestern stattgefunden hat und somit nur noch wenige Studierende ihr Studium mit dem Abschluss Magister absolvieren. Ein weiterer Grund ist darin zu suchen die Studien-

gänge Pharmazie und Lebensmittelchemie mit Abschluss Staatsexamen in der vorliegenden Stichprobe nur vereinzelt vertreten waren.

FRAGESTELLUNG 5: UNTERSCHIEDEN SICH STUDIERENDE UNTERSCHIEDLICHER ANGESTREBTER ABSCHLÜSSE IN BEZUG AUF IHREN ALKOHOLKONSUM?

5.3.2.1. VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN)

Insgesamt konnte 2.210 Studierende bei dieser Berechnung zur Einteilung in Konsumkategorien berücksichtigt werden (Tabelle 42).

Tabelle 42: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien), bezogen auf den angestrebten/nächst erreichbaren Abschluss

		Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien)					
angestrebter/nächst erreichbarer Abschluss		abstinent	Risikoarm	riskant	gefährlicher Konsum	Hochkonsum	Gesamt
Diplom (GS)	Anzahl	33	226	57	23	5	344
	% v. Abschluss	9,6%	65,7%	16,6%	6,7%	1,5%	100
Diplom (HS)	Anzahl	98	628	111	37	5	879
	% v. Abschluss	11,1%	71,4%	12,6%	4,2%	0,6%	100
Staatsexam.	Anzahl	2	21	3	0	1	27
	% v. Abschluss	7,4%	77,8%	11,1%	0%	3,7%	100
Magister	Anzahl	4	39	5	4	0	52
	% v. Abschluss.	7,7%	75,0%	9,6%	7,7%	0%	100
Bachelor	Anzahl	78	552	102	42	7	781
	% v. Abschluss	10,0%	70,7%	13,1%	5,4%	0,9%	100
Master	Anzahl	7	49	10	3	0	69
	% v. Abschluss	10,1%	71,0%	14,5%	4,3%	0%	100
Promotion	Anzahl	4	49	3	2	0	58
	% v. Abschluss	5,3%	86,0%	5,3%	3,5%	0%	100
Gesamt	Anzahl	226	1564	291	111	18	2210
	% v. Abschluss	10,2%	70,8%	13,2%	5,0%	0,8%	100%

Aufgrund der zu geringen Häufigkeiten in 11 Zellen wurden die Konsumkategorien wie in Abschnitt 5.2.3.1 beschrieben in zwei Cluster (harmloser Konsum/Risikokonsum) eingeteilt und darauffolgend mit einem Chi-Quadrat-Test statistisch ausgewertet. Hierbei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2[6] = 13,256$; $p = .04$; $ES = .16$). Besonders auffällig zeigten sich hierbei Studierende im Diplom-Grundstudium (*Vordiplom*), die deutlich häufiger im Cluster *Hochkonsum* und entsprechend seltener als zu erwarten wäre im Cluster

harmloser Konsum vertreten waren. Gegensätzlich dazu waren Diplomstudierende im Hauptstudium (*Diplom*) seltener als erwartet im Cluster Hochkonsum, ebenso Promotionsstudierende (*Promotion*). *Bachelor*- und *Master*studierende zeigten so gut wie keine systematischen Abweichungen (Abb. 17). Auf eine varianzanalytische Auswertung aller Abschlüsse wurde aufgrund der erheblich unterschiedlichen Fallzahlen verzichtet.

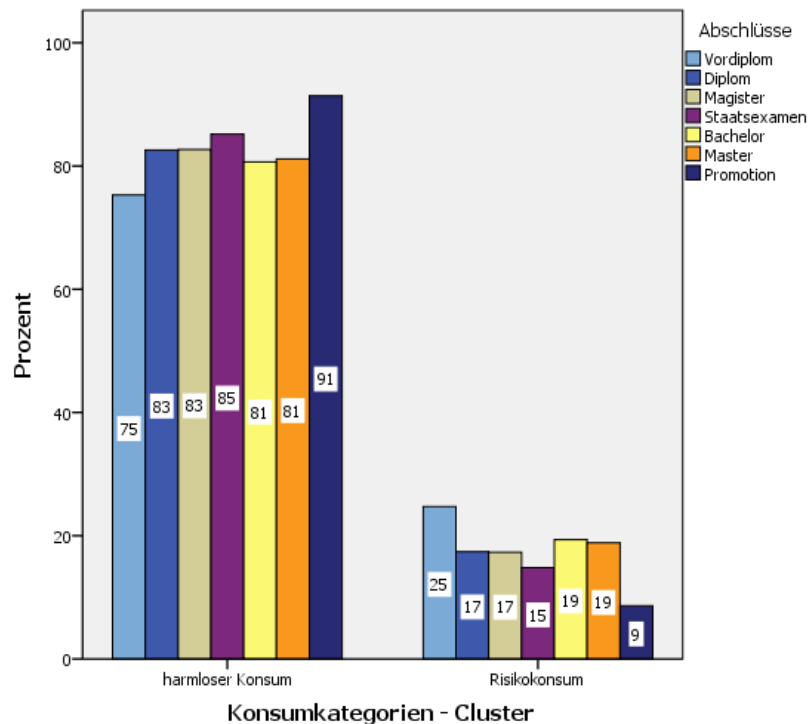


Abbildung 17: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien-Cluster), getrennt nach Abschluss

Vielmehr wurde anhand eines t-Tests untersucht, ob sich systematische Unterschiede zwischen Studierenden der „alten Abschlüsse“ (Vordiplom und Diplom sowie Magister) und Studierenden der „neuen Studiengänge“ (Bachelor und Master) aufdecken lassen. Diese beiden Gruppen wurden anhand ihres durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsums in Gramm untersucht. Hierbei zeigte sich, dass sich die Abschlüsse dies bezüglich nicht signifikant voneinander unterscheiden ($t_{(2074)} = .036$; $p = .35$; $d = .04$). Studierende der „alten Studienordnung“ ($n = 1.226$) nahmen demnach im Mittel 16,2 Gramm ($SD\ 21,2$) Reihnalkohol pro Tag zu sich, Studierende der „neuen Studienordnung“ ($n = 850$) 15,3 Gramm ($SD\ 21,6$).

5.3.2.2 TRINKPAUSEN

Vergleicht man in einem weiteren Schritt die, wie oben beschrieben, zusammengefassten Abschluss-Cluster bezüglich der konsumfreien Tage (Trinkpausen) bezogen auf die letzten 30 Tage, so zeigen sich auch hier statistisch hoch signifikante Unterschiede mit auch mittlerer

Effektstärke ($F[6, 2077] = 2,964; p \leq .01; \eta^2 = .008$). Die Mittelwerte lagen hier zwischen 2,9 Tagen ($SD\ 3,06$) unter *Promotionsstudierenden* und 4,9 ($SD\ 6,32$) Tagen bei Studierenden mit *Bachelorabschluss* (Abb. 18).

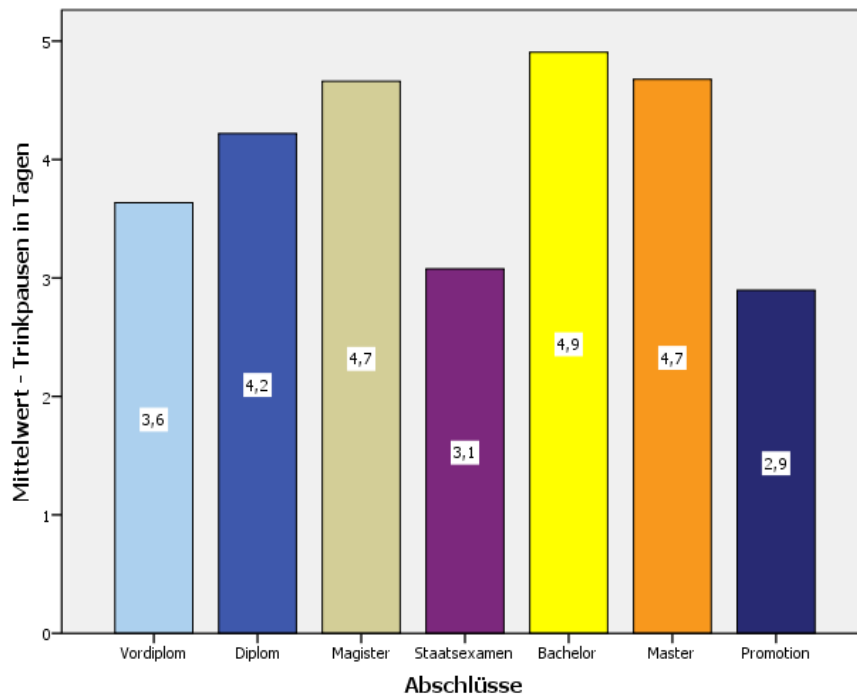


Abbildung 18: Trinkfreie Intervalle, getrennt nach Abschluss

Somit tranken Promotionsstudierende und Studierende mit dem Abschluss *Staatsexamen* mit durchschnittlich rund drei alkoholfreien Tagen zwischen Trinkgelegenheiten in der vorliegenden Untersuchung am hochfrequentesten. Bei *Bachelorstudierenden* hingegen lag der letzte Alkoholgenuss im Schnitt fast fünf Tage zurück.

Auch hier wurden „alte“ gegenüber „neuen“ Studienabschlüssen wie in Abschnitt 5.3.2.1 im Hinblick auf trinkfreie Intervalle getestet. Hier zeigten sich ebenfalls hochsignifikante Unterschiede: Lagen bei den Studierenden der alten Ordnung ($n = 1.141$) im Schnitt 4,1 Tage ($SD\ 5,5$) zwischen den Trinkgelegenheiten, so waren es bei den Studierenden der neuen Ordnung ($n = 806$) im Mittel 4,9 Tage ($SD\ 6,3$), was effektiv fast einen Tag ausmacht ($t_{(1945)} = -3.111; p \leq .01; d = .14$).

5.3.2.3 RAUSCHTRINKEN

Bei der Analyse der „Vollrausch“-Tage innerhalb der letzten zwölf Monate wurden, wie bereits oben beschrieben, alle Werte größer 365 ausgeschlossen. Somit ergaben sich die in Tabelle 43 aufgezeigten Werte.

Tabelle 43: Anzahl Vollrauschtage (letzte 12 Monate), getrennt nach angestrebtem Abschluss

angestrebter/nächster Abschluss	Vollrauschkzustände in vergangenen 12 Monaten				
	N	M	SD	Minimum	Maximum
Vordiplom	355	7,0	15,35	0	143
Diplom	909	4,9	12,12	0	200
Magister	58	5,2	9,51	0	50
Staatsexamen	28	2,5	3,57	0	15
Bachelor	812	5,1	8,93	0	99
Master	68	3,9	8,18	0	50
Promotion	61	4,1	6,75	0	30
Gesamt	2291	5,2	11,37	0	200

Auch hier konnten signifikante Unterschiede zwischen Studierenden mit unterschiedlichen Abschlüssen festgestellt werden ($F[6, 2284] = 2,179$; $p \leq .05$; $\eta^2 = .006$). Auch hier ergaben sich stark voneinander abweichenden Standardabweichungen, die sich jedoch, wie bereits bei vorherigen Analysen beschrieben, durch die Betrachtung der Maxima und damit der Streuung erklären lassen. In einem weiteren Schritt wurden somit alle Ausreißer oberhalb von 50 von weiteren Analysen ausgeschlossen, dies entspricht 1,7% ($n = 6$) der Stichprobe.

Nach Ausschluss der Ausreißer konnten keine signifikante Unterschiede zwischen den Abschlüssen in Bezug auf die Vollrauschtage in den vergangenen zwölf Monate festgestellt werden ($F[6, 2266] = 1,734$; $p = .11$; $\eta^2 = .005$). Hier ist allenfalls deskriptiv zu beobachten, dass Studierende mit Abschluss *Staatsexamen* sich am seltensten ($M = 2,5$, $SD 3,57$) und Studierende in der *Vordiplomsphase* am häufigsten ($M = 5,4$, $SD 8,52$) pro Jahr „richtig betranken“ (Abb. 19).

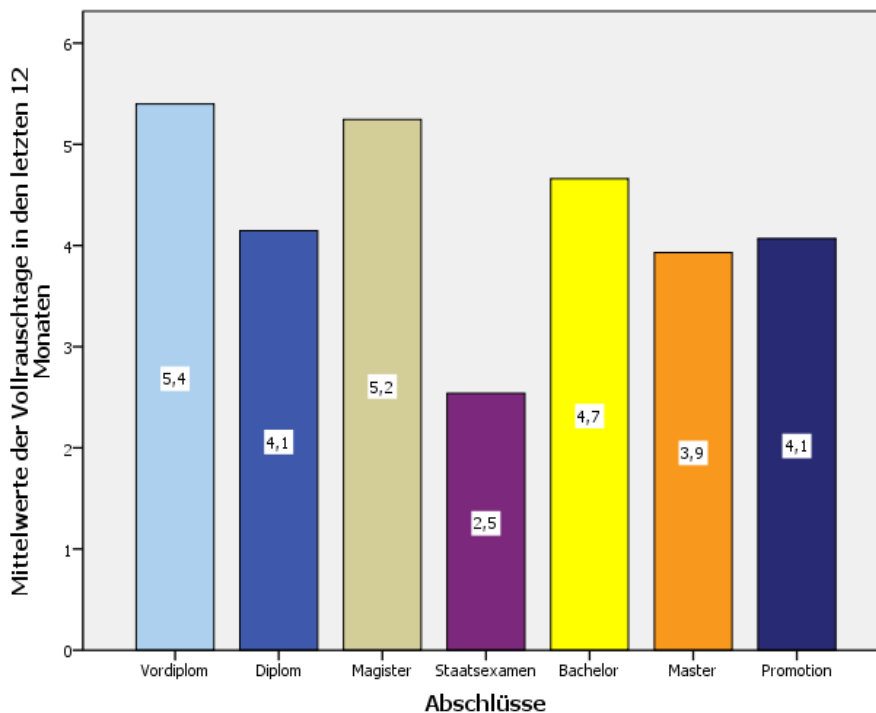


Abbildung 19: Mittelwerte der Vollrauschtage in den letzten 12 Monaten getrennt nach Abschluss

In der Analyse alte gegenüber neue Studienabschlüsse zeigten sich ebenso keine signifikanten Unterschiede ($t_{(2124)} = -.324$; $p = .75$; $d = .01$) bzgl. der Anzahl der Vollrauschtage.

5.3.2.4 BINGE-DRINKING UND HEAVY-USER

Auch hier zeigen sich Zusammenhänge zwischen konsumierter Menge und Trinkfrequenz innerhalb der letzten dreißig Tage, der der Anzahl der Vollrauschzustände in den letzten zwölf Monaten und der Anzahl des Binge-Drinkings innerhalb der letzten 30 Tage: Studierende in der *Vordiplomsphase* berichteten mit einer mittleren Häufigkeit von $M = 2,8$ ($SD\ 4,06$) über die meisten Binge-Drinking-Gelegenheiten. Am seltensten betrieben Studierende mit Abschluss *Staatsexamen* Binge-Drinking ($M = 1,1$, $SD\ 1,77$) (Abb. 20). Zur Analyse möglicher systematischer Unterschiede zwischen den Mittelwerten der verschiedenen Abschlussgruppen bzgl. der Häufigkeit des Rauschtrinkens innerhalb der letzten 30 Tage wurde eine ANOVA durchgeführt, welche höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen darstellen konnte ($F[6, 2209] = 4,075$; $p \leq .000$; $\eta^2 = .011$).

Der durchgeführte t-Test bzgl. des Vergleiches alter gegenüber neuer Studienabschlüsse wurde ebenso signifikant ($t_{(1996,065)} = 2.447$; $p = .015$; $d = .11$), jedoch mit einer geringen Effektstärke.

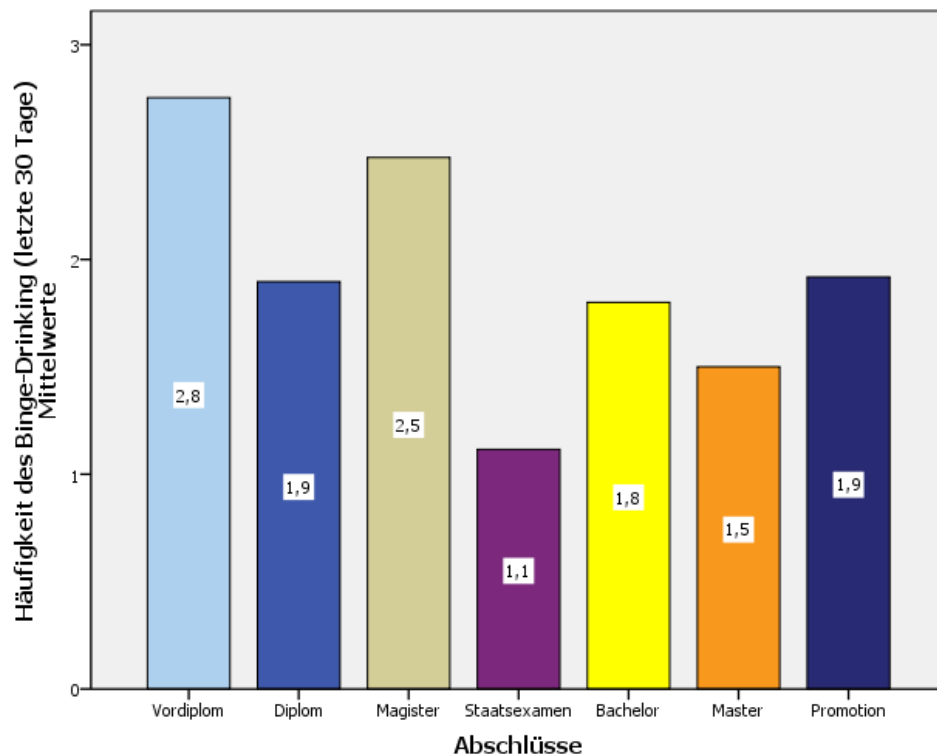


Abbildung 20: Mittelwerte der Häufigkeit des Binge-Drinking innerhalb der letzten 30 Tage, getrennt nach Abschluss

Wird auch hier die Konsumkategorie *Binge-Drinking* weiter differenziert, so zeigt sich, dass auch der Anteil der Heavy-User unter den *Vordiplom*-Studierenden am höchsten ist (Tabelle 44).

Der Chi-Quadrat-Test ergab einen höchstsignifikanten Unterschied zwischen der Verteilung der „Binge-Drinking“-Konsumkategorien in den Abschlussgruppen ($\chi^2[12] = 35,705$; $p \leq .000$; $ES = .26$).

Tabelle 44: „Binge-Drinking“-Kategorien, getrennt nach angestrebtem Abschluss

angestrebter/nächster Abschluss		Konsumkategorien bzgl. „Binge-Drinking“			Gesamt
		Kein Binge-Drinking	Binge-Drinking	Binge-Drinking + Heavy-Using	
Vordiplom	Anzahl	136	125	79 *	340
	% von Abschluss	40,0	36,8	23,2	100
Diplom	Anzahl	458	298	124	880
	% von Abschluss	52,0	37,9	14,1	100
Staats-examen	Anzahl	12	13	1	26
	% von Abschluss	46,2	50,0	3,8	100
Magister	Anzahl	27	20	11	58
	% von Abschluss	46,6	34,5	19,0	100
Bachelor	Anzahl	399	283	104	786
	% von Abschluss	50,8	36,0	13,2	100
Master	Anzahl	32	26	5	63
	% von Abschluss	50,8	41,3	7,9	100
Promotion	Anzahl	34	22	5	61
	% von Abschluss	55,7	36,1	8,2	100
Gesamt	Anzahl	1098	787	329	2214
	% von Abschluss	49,6	35,5	14,9	100

* Die Werte sind auf dem Niveau von .05 signifikant.

5.3.2.5 MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT

In einer letzten Analyse wurde auch hier nach pathologischen Trinkmustern anhand des Selbstbeurteilungsverfahrens CAGE in Bezug auf Studienabschlüsse gesucht. Hier konnten jedoch durch einen Chi-Quadrat-Test keine wesentlichen Unterschiede aufgedeckt werden ($\chi^2[6] = 10.303$; $p = .11$; $ES = .13$). Deskriptiv auffällig zeigte sich jedoch die Verteilung bei den Studierenden mit dem Abschluss *Staatsexamen* (Tab. 45): lediglich zwei Probanden beantworteten mindestens zwei der vier CAGE-Fragen mit „ja“ und zeigten demnach ein bedenkliches Trinkmuster. Allerdings muss auch hier auf die geringe Anzahl von Studierenden mit Abschluss Staatsexamen ($n = 28$) hingewiesen werden, so dass allgemeine Schlüsse dies bezüglich nicht daraus gefolgert werden können.

Auch in Bezug auf den CAGE-Summenscore konnte der direkte Vergleich alte ($n = 1.278$, $M = 1,1$, $SD 1,3$) gegen neue Studienabschlüsse ($n = 987$, $M = 1,0$, $SD 1,1$) keine signifikanten Unterschiede aufdecken ($t_{(2173)} = 1.171$; $p = .24$; $d = .05$).

Tabelle 45: Missbrauch/Abhängigkeit, bezogen auf Abschluss

angestrebter/nächst erreichbarer Abschluss		CAGE-Cluster		Gesamt
		unauffällig	auffällig	
Vordiplom	Anzahl	242	116	358
	% von Abschluss	67,6%	32,4%	100%
Diplom	Anzahl	639	281	920
	% von Abschluss	69,5%	32,4%	100%
Magister	Anzahl	38	20	58
	% von Abschluss	65,5%	34,5%	100%
Staatsexam.	Anzahl	26	2	28
	% von Abschluss	92,9%	7,1%	100%
Bachelor	Anzahl	581	247	828
	% von Abschluss	70,2%	29,8%	100%
Master	Anzahl	45	24	69
	% von Abschluss	65,2%	34,8%	100%
Promotion	Anzahl	45	14	59
	% von Abschluss	76,3%	23,7%	100%
Gesamt	Anzahl	1616	704	2320
	% von Abschluss	69,7%	30,3%	100%

Die Fragestellung, ob sich Studierende unterschiedlicher angestrebter/nächster Abschlüsse in ihrem Trinkverhalten unterscheiden, konnte – mit leichten Einschränkungen – bejaht werden. Entgegen den Ergebnissen der Braunschweiger Untersuchung von 2006 (Hammer-schmidt & Heine, 2008), bei der Bachelorstudierende vielfach durch auffällige Trinkmuster imponierten, konnten Auffälligkeiten bei Bachelorstudierenden nun nicht (mehr) festgestellt werden. Im Gegenteil: In nahezu allen durchgeführten Analysen zeigten sich Studierende der Bachelor- und Masterstudiengänge unauffällig. Auffällig waren in der aktuellen Untersuchung vielmehr Studierende im Diplomgrundstudium (*Vordiplom*): Sie waren signifikant öfter im Cluster *Hochkonsum* vertreten, berichteten über die meisten *Vollrauschzustände* in den letzten zwölf Monaten und waren signifikant häufiger sowohl *Binge-Drinker* als auch *Heavy-User*.

5.3.3 ZUSAMMENHÄNGE VON STUDIENRICHTUNG UND ALKOHOLKONSUM

FRAGESTELLUNG 6: UNTERSCHIEDEN SICH STUDIERENDE UNTERSCHIEDLICHER STUDIENRICHTUNGEN IN BEZUG AUF IHREN ALKOHOLKONSUM?

Bei der nachfolgenden Analyse wurden die in Abschnitt 4.2.4 zusammengestellten Studiengangs-Cluster gewählt:

1. Natur- und Lebenswissenschaften (NLW)
2. Sozialwissenschaften (SOW)
3. Ingenieurwissenschaften (ING)
4. Geistes- und Erziehungswissenschaften, Kunst und Gestaltung (GEK)
5. Wirtschaftswissenschaften, Logistik, Verkehrs- und Gesundheitsmanagement (WLG)
6. Mathematik und Informatik (MAI)

5.3.3.1 VERTEILUNG DES ALKOHOLKONSUMS (KONSUMKATEGORIEN)

Bezogen auf die errechnete durchschnittliche Trinkmenge in Gramm pro Tag wurde auf Datengrundlage der 1.892 Studierenden im Folgenden die Häufigkeitsverteilung der Fakultäten über die Verteilung des Alkoholkonsums errechnet (Tabelle 46).

Tabelle 46: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien), getrennt nach Studiengang-Cluster

Studiengang-Cluster		Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien)					Gesamt
		abstinent	risikoarm	riskant	gefährlicher Konsum	Hochkonsum	
NLW	Anzahl	16	124	15	2	2	159
	% von Studiengang-Cluster	10,1%	78,0%	9,4%	1,3%	1,3%	100%
SOW	Anzahl	26	126	22	14	0	188
	% von Studiengang-Cluster	13,8%	67,0%	11,7%	7,4%	0%	100%
ING	Anzahl	66	521	123	40	6	756
	% von Studiengang-Cluster	8,7%	68,9%	16,3%	5,3%	0,8%	100%
GEK	Anzahl	17	131	26	10	2	186
	% von Studiengang-Cluster	9,1%	70,4%	14,0%	5,4%	1,1%	100%
WLG	Anzahl	35	251	42	12	3	343
	% von Studiengang-Cluster	10,2%	73,2%	12,2%	3,5%	0,9%	100%
MAI	Anzahl	29	193	25	12	1	260
	% von Studiengang-Cluster	11,2%	74,2%	9,6%	4,6%	0,4%	100%
Gesamt	Anzahl	189	1346	253	90	14	1892
	% von Studiengang-Cluster	10,0%	71,1%	13,4%	4,8%	0,7%	100%

Da in fünf Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner fünf war, wurde analog zu Abschnitt 5.2.3.1 zwei Cluster gebildet (harmloser Konsum/Risikokonsum). Der anschließend durchgeführte Chi-Quadrat-Test konnte hochsignifikante Unterschiede zwischen den Studiengang-Clustern bezüglich der Verteilung des Alkoholkonsums feststellen ($\chi^2[5] = 15,486$; $p = .008$; $ES = .18$). Hier fiel insbesondere bei den Ingenieursstudierenden die höhere und bei den Studierenden der Lebenswissenschaften geringere Zellenbesetzung der im Bereich Risikokonsum ins Gewicht (Abb. 21).

Dieses Ergebnis ließen sich auch anhand einer durchgeführten ANOVA bzgl. der durchschnittlichen täglichen Alkoholmenge in Gramm darstellen ($F[5, 1898] = 4,828$; $p \leq .000$; $\eta^2 = .013$): Hierbei tranken Studierende der Ingenieurwissenschaften mit einem Mittelwert von 17,8 Gramm pro Tag ($SD\ 21,2$) die größte Menge Alkohol, Studierende der Natur- und Lebenswissenschaften hatten mit 10,4 Gramm ($SD\ 15,2$) den geringsten Tageskonsum.

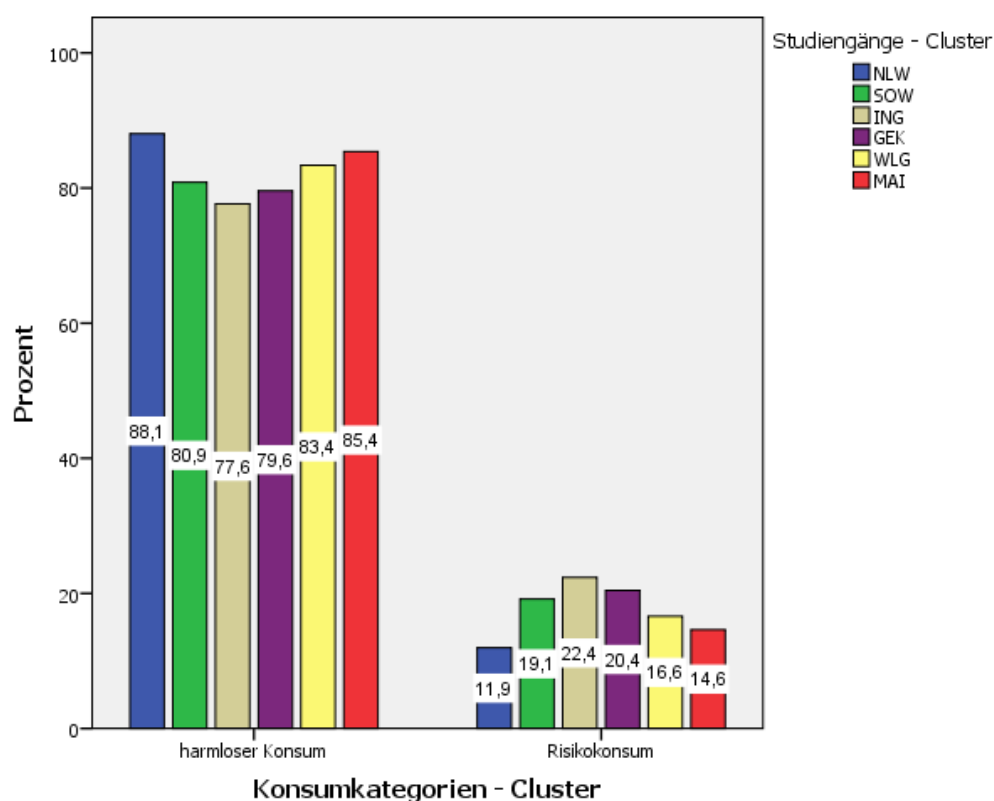


Abbildung 21: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien-Cluster), getrennt nach Studiengangs-Clustern

5.3.3.2 TRINKPAUSEN

Vergleicht man die Studiengangs-Cluster bezüglich der konsumfreien Tage (Trinkpausen) innerhalb der letzten 30 Tage, so zeigte sich ebenfalls ein inhomogenes Bild (Abbildung 22). Die Mittelwerte lagen zwischen 3,7 Tagen (*SD* 5,15) unter Ingenieursstudierenden und 5,5 (*SD* 6,69) Tagen bei Studierenden von wirtschaftsnahen Studiengängen. Eine durchgeführte ANOVA konnte die beschriebenen Unterschiede zwischen den Studierenden der einzelnen Studiengang-Clustern, insbesondere bei den eben genannten, hinsichtlich der Anzahl der trinkfreien Intervalle höchstsignifikant nachweisen ($F[5, 1783] = 5,872; p \leq .000; \eta^2 = .016$).

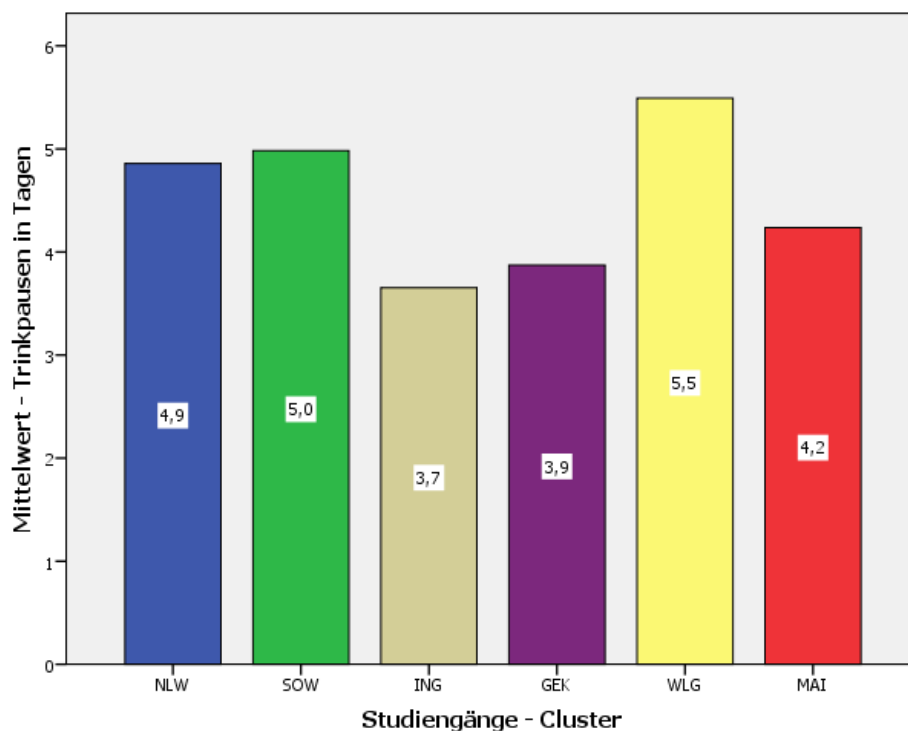


Abbildung 22: Trinkfreie Intervalle, getrennt nach Studiengang-Clustern

5.3.3.3 RAUSCHTRINKEN

Bei der Analyse der „Vollrausch“-Tage innerhalb der letzten zwölf Monate wurden zunächst alle Werte größer 365 ausgeschlossen, da es sich bei 365 Tagen im Jahr um Fehler handeln muss. Somit ergaben sich bei der weiteren Analyse die in Tabelle 47 aufgezeigten Werte.

Tabelle 47: Anzahl der Vollrauschtage innerhalb der letzten zwölf Monate, getrennt nach Studiengangs-Clustern

Studiengangs-Cluster	Anzahl der Vollrauschtage innerhalb der letzten 12 Monate					
	n	M	SD	Median	Minimum	Maximum
NLW	164	3,0	5,50	1	0	40
SOW	192	4,2	8,19	2	0	60
ING	788	6,3	14,47	2	0	200
GEK	198	6,6	13,72	2	0	130
WLG	365	5,1	10,65	2	0	100
MAI	267	3,8	6,56	2	0	50
gesamt	1974	6,6	11,81	2	0	200

Hier zeigten sich wiederum deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Studiengangs-Clustern. Diese konnten auch durch eine ANOVA statistisch nachgewiesen werden ($F[5,1968] = 4,065$; $p \leq .001$; $\eta^2 = .010$). Auffallend waren hierbei die stark voneinander abweichenden Standardabweichungen, die sich jedoch durch die Betrachtung der Maxima und damit der Streuung erklären lassen. Die jeweiligen Mediane liegen bis auf Cluster NLW (Median 1) bei 2. Somit wurden in einem nächsten Schritt alle 18 Ausreißer oberhalb von 50 aus der weiteren Analyse ausgeschlossen, dies entspricht 0,8% der Stichprobe.

Trotz des Ausschlusses der Ausreißer blieben die hochsignifikanten Unterschiede ($F[5,1955] = 3,581$; $p \leq .005$; $\eta^2 = .009$) zwischen den Gruppen bestehen, jedoch lagen nun nicht mehr die Ingenieursstudierenden sondern Studierende der Geistes- und Erziehungswissenschaften im Mittel vorn (Abb. 23). Besonders deutlich waren die Unterschiede zwischen Studierenden der Natur- und Lebenswissenschaften und Studierenden der Geistes- und Erziehungswissenschaften sowie der Ingenieurwissenschaften, wobei der Effekt als solcher als recht gering zu interpretieren ist.

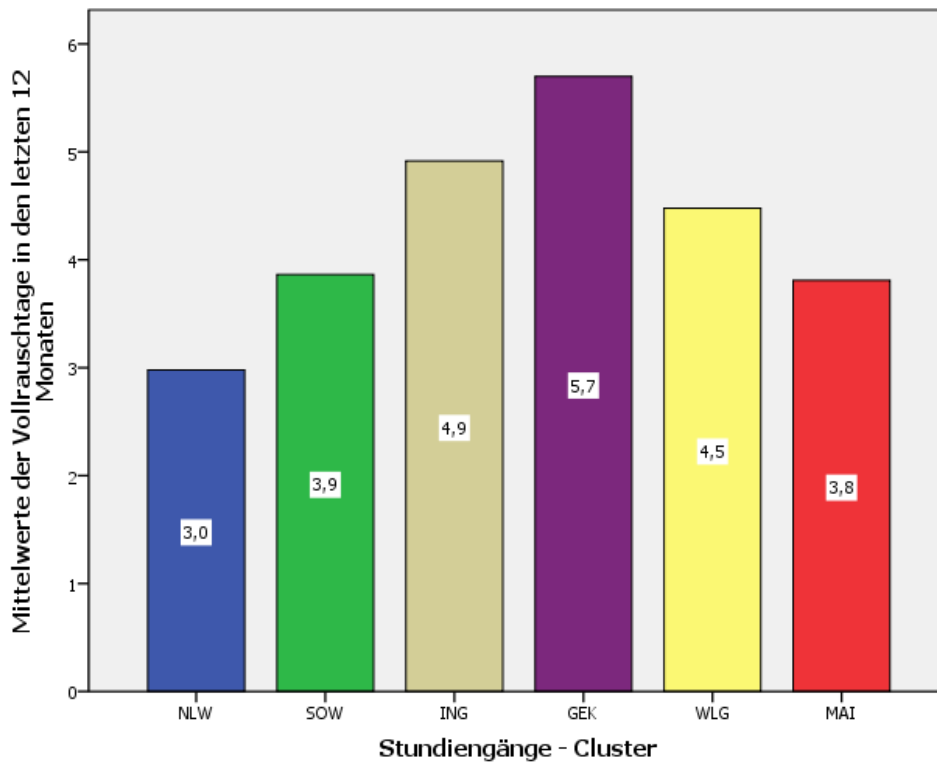


Abbildung 23: Mittelwerte der Vollrauschtage in den letzten 12 Monaten getrennt nach Studiengangs-Clustern

5.3.3.4 BINGE-DRINKING UND HEAVY-USING

Bezogen auf die Häufigkeiten des Rauschtrinkens innerhalb der letzten 30 Tage konnte die in Abbildung 24 dargestellten Mittelwerte errechnet werden. Zur Analyse möglicher Unterschiede zwischen den Mittelwerten bzgl. der Häufigkeit des Rauschtrinkens innerhalb der letzten 30 Tage wurde eine ANOVA durchgeführt. Diese konnte ebenfalls höchstsignifikante Unterschiede mit hoher Effektgröße ($F[5,1909] = 9,377$; $p \leq .000$; $\eta^2 = .024$) zwischen den untersuchten Cluster und insbesondere zwischen Ingenieursstudierenden ($M = 2,6$; $SD = 3,78$) und Studierenden der Cluster 1, Natur-/Lebenswissenschaften, ($M = 1,1$; $SD = 2,04$) sowie und Cluster 5, wirtschaftsnaher Studiengänge, aufdecken ($M = 1,4$; $SD = 2,81$). Betrachtet man das Binge-Drinking-Verhalten, so zeigen sich auch hier die bereits in den vorangegangenen Analysen aufgezeigten Unterschiede zwischen den Studiengangs-Clustern.

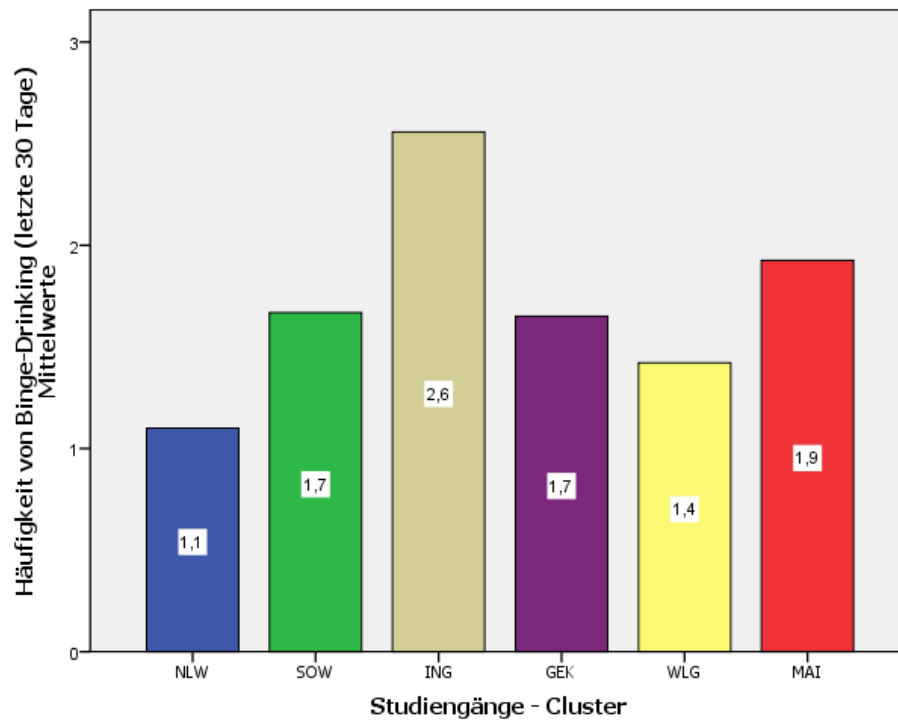


Abbildung 24: Mittelwerte der Häufigkeit des Binge-Drinking innerhalb der letzten 30 Tage, getrennt nach Studiengangs-Clustern

Bei weiterer Differenzierung in die drei Konsumkategorien bezogen auf das Binge-Drinking konnten ebenfalls höchstsignifikante Unterschiede zwischen den Studiengangs-Clustern festgestellt werden, was der Chi-Quadrat-Test bestätigte ($\chi^2[10] = 66,039$; $p \leq .000$; $ES = .38$). Hierbei waren insbesondere die Studierenden der Ingenieurwissenschaften auffällig, die im Cluster *Kein Binge-Drinking* deutlich unter- und im Cluster *Heavy-Using* deutlich überrepräsentiert waren. Im Gegenzug waren Studierende der Natur- und Lebenswissenschaften sowie der wirtschaftsnahen Studiengänge in der Kategorie *Kein Binge-Drinking* über- und in der Kategorie *Heavy-Using* unterrepräsentiert (Tab. 48).

Tabelle 48: Konsum-Kategorien bzgl. Binge-Drinking, getrennt nach Studiengangs-Clustern

Studiengang-Cluster		Konsum-Kategorien bzgl. Binge-Drinking			Gesamt
		Kein Binge-Drinking	Binge-Drinking	Binge-Drinking + Heavy Using	
NLW	Anzahl	102	47	14	163
	% von Studiengang-Cluster	62,6%	28,8%	8,6%	100%
SOW	Anzahl	114	64	18	196
	% von Studiengang-Cluster	58,2%	33,7%	9,2%	100%
ING	Anzahl	320	283	158	761
	% von Studiengang-Cluster	42,0%	37,2%	20,8%	100%
GEK	Anzahl	106	69	23	198
	% von Studiengang-Cluster	53,5%	34,8%	11,6%	100%
WLG	Anzahl	211	119	32	362
	% von Studiengang-Cluster	58,3%	32,9%	8,8%	100%
MAI	Anzahl	130	97	30	257
	% von Studiengang-Cluster	50,6%	37,7%	11,7%	100%
Gesamt	Anzahl	983	679	275	1937
	% von Fakultät	50,7%	35,1%	14,2%	100%

5.3.3.5 MISSBRAUCH/ABHÄNGIGKEIT

Auch in Bezug auf pathologische Trinkmuster, ermittelt anhand des Selbstbeurteilungsverfahrens CAGE, zeigten sich die erklärten Unterschiede zwischen den Studiengangs-Clustern ($\chi^2[5] = 17.025$; $p \leq .005$; $ES = .19$): Wie in Tabelle 49 zu erkennen ist, sind auch hier hauptsächlich die Studierenden der Ingenieurwissenschaften (ING) auffällig, sie sind überzufällig häufig in der Kategorie *auffällig* zu finden. Des weiteren waren auch hier Studierende der wirtschaftsnahen Studiengänge (WLG) weniger häufig als zu erwarten wäre in der Kategorie *auffällig* vertreten und dafür überzufällig häufig in der Kategorie *unauffällig* (Tab. 49).

Tabelle 49: Missbrauch/Abhängigkeit, bezogen auf den Studiengangs-Cluster

Studiengang-Cluster		CAGE-Cluster		Gesamt
		unauffällig	auffällig	
NLW	Anzahl	118	47	165
	% von Studiengang-Cluster	71,5%	28,5%	100%
SOW	Anzahl	139	58	197
	% von Studiengang-Cluster	70,6%	29,4%	100%
ING	Anzahl	522	276	798
	% von Studiengang-Cluster	65,4%	34,6%	100%
GEK	Anzahl	136	69	205
	% von Studiengang-Cluster	66,3%	33,7%	100%
WLG	Anzahl	281	86	367
	% von Studiengang-Cluster	76,6%	23,4%	100%
MAI	Anzahl	192	75	267
	% von Studiengang-Cluster	71,9%	28,1%	100%
Gesamt	Anzahl	1388	611	1999
	% von Studiengang-Cluster	69,4%	30,6%	100%

Zusammenfassend lässt sich somit zeigen, dass sich Studierende der Ingenieurwissenschaften in nahezu allen untersuchten Bereichen deutlich zu Studierenden anderer Studiengangs-Cluster unterscheiden, indem sie mehr und häufiger Alkohol konsumieren und darüber hinaus häufiger zu Binge-Drinking neigen. Auch in Bezug auf die Selbsteinschätzung, ermittelt durch die Fragen des CAGE-Fragebogens, zeigen sich die zu erwartenden Unterschiede.

5.4 ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN ALKOHOLKONSUM UND PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNG SOWIE SUBSTANZBEDINGTER VERLETZUNGEN

Der folgende Themenschwerpunkt dient zunächst der Beschreibung und Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Konsum von Alkohol und einer möglichen psychischen Beeinträchtigung im Sinne von Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung. Ein weiterer Fokus liegt auf der Untersuchung alkoholassoziierter Bagatellverletzungen als Frühindikator eines Alkoholmissbrauchs- oder Abhängigkeitssyndroms.

5.4.1 ZUSAMMENHÄNGE ZWISCHEN ALKOHOLKONSUM UND PSYCHISCHEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN

FRAGESTELLUNG 7: GIBT ES EINEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN DEM TRINKMUSTER UND DER AUSPRÄGUNG EINER KLINISCHEN SYMPTOMATIK IN BEZUG AUF DEPRESSIVITÄT, ÄNGSTLICHKEIT UND SOMATISIERUNG?

Die o.g. Fragestellung wurde anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse untersucht, welche weder einen signifikanten Zusammenhang zwischen Konsumkategorien und Depressivität (anhand des HADS-Depressivitäts-Summenscore) ($F[4, 2128] = .638$; $p = .64$; $\eta^2 = .001$), noch zwischen Konsumkategorien und Ängstlichkeit (anhand des HADS-Ängstlichkeit-Summenscore) ($F[4, 2134] = 1.507$; $p = .20$; $\eta^2 = .003$) feststellen. Bei der Analyse der Somatisierung (anhand des B-L-Summenscores) ($F[4, 1987] = 1.975$; $p = .10$; $\eta^2 = .004$) konnte ebenfalls kein signifikantes Ergebnis aufgezeigt werden. Mittelwerte und Standardabweichungen können Tabelle 50 entnommen werden.

Tabelle 50: Verteilung des Alkoholkonsums (Konsumkategorien) mit durchschnittlichen HADS-D-, HADS-A- und B-L-Summenscores

	Verteilung des Alkoholkonsums	N	M	SD
HADS-D	abstinent	204	4,3	3,99
	risikoarmer Konsum	1516	4,1	3,45
	riskanter Konsum	287	4,0	3,66
	gefährlicher Konsum	109	4,4	3,75
	Hochkonsum	17	3,4	2,76
	Gesamt	2133	4,1	3,54
HADS-A	abstinent	207	6,8	4,09
	risikoarmer Konsum	1526	6,4	3,95
	riskanter Konsum	283	6,1	4,02
	gefährlicher Konsum	107	6,9	4,46
	Hochkonsum	16	5,9	3,67
	Gesamt	2139	6,4	4,0
B-L	abstinent	189	17,0	13,01
	risikoarmer Konsum	1428	16,1	11,12
	riskanter Konsum	260	14,7	10,36
	gefährlicher Konsum	98	15,8	10,90
	Hochkonsum	17	20,5	12,51
	Gesamt	1992	16,0	11,23

Bei einer zusätzlichen Analyse zeigte sich weiterhin, dass kein korrelativer Zusammenhang zwischen der durchschnittlich konsumierten Alkoholmenge (Gramm/Tag) und dem Auftreten einer depressiven oder ängstlichen Symptomatik besteht. Hohe Korrelationen bestehen hingegen bei Ängstlichkeit, Depressivität und Somatisierung (Tab. 51) (Näheres zur Analyse psychischer Störungen bei Studierenden, siehe Heine, 2011). Des weiteren konnte eine leichte negative Korrelation zwischen dem B-L-Summenscore und der durchschnittlichen Alkoholmenge pro Tag dargestellt werden. Dies zeigt die Tendenz, dass geringere Somatisierungswerte mit höherem Alkoholkonsum korrelativ in Verbindung stehen, wobei die Effektstärke sehr gering ist und Geschlechtseffekte vor dem Hintergrund genuin höherer B-L-Summenscores zu vermuten sind.

Tabelle 51: Korrelation zwischen Alkoholkonsum und Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung

		durchschn. Alkoholkon- sum pro Tag (in Gramm)	HADS-D (Summensco- re)	HADS-A (Summensco- re)	B-L (Summensco- re)
durchschn. Alkoholkon- sum pro Tag (in Gramm)	Korr. nach Pearson	1			
	ES (r^2)	1			
	Signifikanz (2-seitig)				
	N	1915			
HADS-D (Summensco- re)	Korr. nach Pearson	-.021	1		
	ES (r^2)	.000	1		
	Signifikanz (2-seitig)	.36			
	N	1915	1915		
HADS-A (Summensco- re)	Korr. nach Pearson	-.025	.684***	1	
	ES (r^2)	.001	.468	1	
	Signifikanz (2-seitig)	.27	.000		
	N	1915	1915	1915	
B-L (Summensco- re)	Korr. nach Pearson	-.064**	.562***	.699***	1
	ES (r^2)	.004	.316	.489	1
	Signifikanz (2-seitig)	.005	.000	.000	
	N	1915	1915	1915	1915

*** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .005 (2-seitig) signifikant

Eine weitere Untersuchung der Trinkmuster in Bezug auf rauschmäßiges Trinken (kein Binge-Drinking, Binge-Drinking, Heavy-Using) mittels einer einfaktoriellen ANOVA zeigte höchstsignifikante Gruppenunterschiede bezüglich Ängstlichkeit ($F[2, 2183] = 3.668$; $p = .03$; $\eta^2 = .003$), Depressivität ($F[2, 2177] = 3.814$; $p = .02$; $\eta^2 = .003$) sowie Somatisierung ($F[2, 2033] = 14.122$; $p \leq .000$; $\eta^2 = .014$) (Tab. 52). Letzterer Effekt wird vermutlich jedoch stark durch das Geschlecht verzerrt, beispielsweise ist mehr als jeder Fünfte männliche Befragte Heavy-User, während nur rund jede Zwanzigste der weiblichen Befragten dieses Konsummuster berichtet. Weiterhin ist darüber hinaus davon auszugehen, dass die weiblichen Befragten laut Testanweisung genuin höhere Summenwerte in der B-L aufweisen (vgl. hierzu 4.2.1.6).

Tabelle 52: Verteilung der „Binge-Drinking“-Kategorien mit durchschnittlichen B-L-, HADS-Depressivitäts- und HADS-Ängstlichkeits-Summenscores

Konsumkategorien (Binge-Drinking)		N	M	SD
HADS-D	kein Binge-Drinking	1090	4,3	3,65
	Binge-Drinking	766	3,9	3,33
	Heavy-Using	321	4,3	3,74
	Gesamt	2177	4,1	3,56
HADS-A	kein Binge-Drinking	1092	6,7	4,07
	Binge-Drinking	770	6,2	3,91
	Heavy-Using	321	6,2	4,04
	Gesamt	2183	6,4	4,01
B-L	kein „Binge-Drinking“	1021	17,4	11,85
	„Binge-Drinking“	720	14,8	10,52
	Heavy-Using	289	14,7	10,22
	Gesamt	2030	16,1	11,24

Vor diesem Hintergrund erscheint hier eine Auswertung über die geschlechtsbereinigten B-L-Cluster aussagekräftiger. Hier zeigt sich, dass *keine* systematischen Unterschiede zwischen den Konsumkategorien vor dem Hintergrund einer Einteilung nach B-L-Clustern aufzudecken sind ($\chi^2[2]= 5,450$; $p= .07$; $ES= .10$) (Abb. 25).

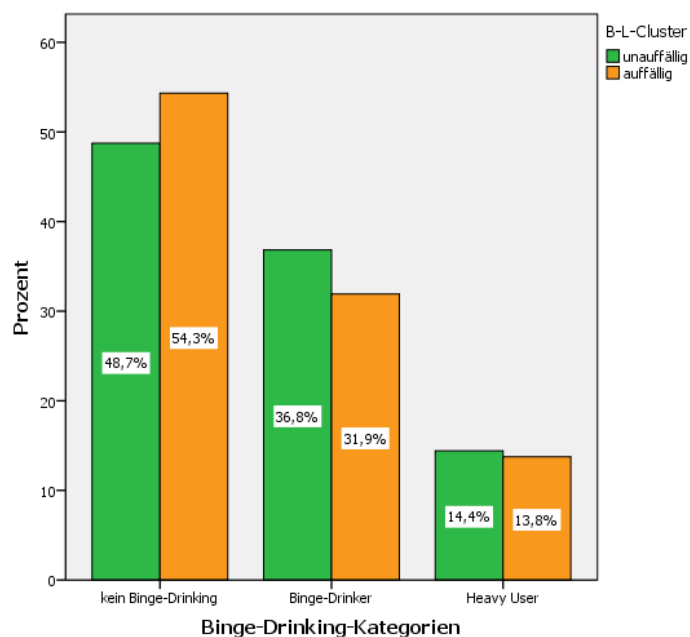


Abbildung 25: Binge-Drinking-Kategorien, getrennt nach B-L-Clustern

Am psychisch unauffälligsten zeigten sich bei dieser Fragestellung diejenigen Befragten, die angaben, Binge-Drinking zu betreiben, jedoch nicht häufiger als viermal pro Monat, dem entsprechend keine Heavy-User waren. Ein korrelativer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Binge-Drinking-Gelegenheiten und den Summenscores der HADS-D ($r = .039$, $p = .09$, $r^2 = .001$), der HADS-A ($r = .036$, $p = .11$, $r^2 = .001$) sowie der B-L ($r = .016$, $p = .50$, $r^2 = .000$) besteht hingegen nicht.

Die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen Trinkmenge und klinischer Symptomatik in Bezug auf Depressivität, Ängstlichkeit und/oder Somatisierung besteht, kann demnach wie folgt beantwortet werden: Auf Grundlage der Trinkmenge und der daraus resultierenden Zugehörigkeit zu einer der Konsumkategorien kann kein Zusammenhang zur psychischen Belastung aufgezeigt werden. Somit scheint die konsumierte Menge kein aussagekräftiger Faktor in Bezug auf die Bestimmung der psychischen Gesundheit zu sein. Vielmehr zeigte sich die Art und Weise des Alkoholkonsums als beeinflussende Größe; so konnte nachgewiesen werden, dass die Teilnehmer psychisch am unauffälligsten waren, die „gelegentlich“ (nicht öfter als viermal pro Monat) Binge-Drinking betrieben.

5.4.2 ALKOHOLASSOZIIERTEN BAGATELLVERLETZUNGEN ALS FRÜHINDIKATOR FÜR ALKOHOLMISSBRAUCH BZW. -ABHÄNGIGKEIT

HYPOTHESE 8: VERLETZUNGEN, DIE SICH PERSONEN IM ALKOHOLISCHEN RAUSCHZUSTAND ZUGEZOGEN HABEN, STELLEN EINEN GUTEN ZUSAMMENHANG FÜR RISKANTEN ALKOHOLKONSUM DAR.

Bei dieser Fragestellung sollte untersucht werden, ob es einen Zusammenhang zwischen Verletzungen unter Alkoholeinfluss und missbräuchlichen Konsummustern von Alkohol im Allgemeinen gibt. Den Hintergrund dieser Fragestellung stellen die Aussagen der Charité-Studie (Neumann et al., 2004), bei der aufgezeigt werden konnte, dass junge Menschen, die vom Alkoholabhängigkeit bedroht sind, zu Beginn ihrer Erkrankung mehrfach mit Bagatellverletzungen in Zusammenhang mit dem Konsum alkoholischer Getränke in der Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt werden mussten. Hammerschmidt und Heine (2008) konnte einen solchen Zusammenhang im studentischen Milieu 2006 bereits nachweisen.

Zur Analyse der Fragestellung wurden, wie bereits oben beschrieben, zwei Gruppen gebildet, eine, mit klinisch unauffälligen Personen (CAGE-Summenscore < 2), eine zweite, mit

Studierenden, die im Sinne einer Interpretation als klinisch auffällig einzustufen waren (CAGE-Summenscore ≥ 2). Zunächst wurden die Probanden allgemein nach Selbst- oder Fremdverletzungen unter Alkoholeinfluss befragt. Mittels Kreuztabelle konnten folgende Ergebnisse ermittelt werden (Tabelle 53):

Tabelle 53: Zusammenhänge zwischen CAGE-Kategorien und Verletzungen unter Alkoholeinfluss

Verletzungen unter Alkohol- einfluss		CAGE-Kategorien			Gesamt
		unauffällig		auffällig	
Nein	Anzahl	1224	*	303	1527
	%	80,2%		19,8%	100%
ja, aber nicht während der letzten 12 Monate	Anzahl	282	*	249	531
	%	53,1%		46,9%	100%
ja, während der letzten 12 Monate	Anzahl	108	*	152	260
	%	41,5%		58,5%	100%
Gesamt	Anzahl	1614		704	2318
	%	69,6%		30,4%	100%

* Die Werte sind auf dem Niveau von .05 signifikant. ** Die Werte sind auf dem Niveau von .01 signifikant.

Hierbei zeigten sich mittels Chi-Quadrat-Test höchstsignifikante Unterschiede zwischen den erwarteten und den beobachteten Häufigkeiten ($\chi^2[2] = 245,595$; $p \leq .000$; $ES = .69$).

In einem weiteren Schritt wurde gezielt nach Verletzungen unter Alkoholeinfluss gefragt, die schwerwiegend genug waren, um sich einer Behandlung im Krankenhausunterziehen zu müssen (Tab. 54). Auch hierbei zeigten sich mittels Chi-Quadrat-Test höchstsignifikante Unterschiede zwischen den erwarteten und den beobachteten Häufigkeiten ($\chi^2[2] = 75,125$; $p \leq .000$; $ES = .37$).

Tabelle 54: Zusammenhänge zwischen CAGE-Kategorien und Verletzungen unter Alkoholeinfluss mit Krankenhausaufenthalt

Verletzungen unter Alkoholeinfluss mit Krankenhausbearbeitung		CAGE-Kategorien		
		unauffällig	auffällig	Gesamt
Nein	Anzahl	1514	579	2093
	%	72,3%	27,7%	100%
ja, aber nicht während der letzten 12 Monate	Anzahl	66	88	154
	%	42,9%	57,1%	100%
ja, während der letzten 12 Monate	Anzahl	22	28	50
	%	44,0%	56,0%	100%
Gesamt	Anzahl	1602	695	2297
	%	69,7%	30,3%	100%

* Die Werte sind auf dem Niveau von .05 signifikant.

Die Analyse macht deutlich, dass sich die befragten Studierenden, mit einem als klinisch *unauffällig* einzustufendem Alkoholkonsummuster signifikant *seltener* unter Einfluss von Alkohol verletzt als Studierende, deren Alkoholkonsum als klinisch *auffällig* zu kategorisieren war. Diese verletzt sich oder andere dagegen höchstsignifikant häufiger unter Alkoholeinfluss.

Die Ergebnisse der Braunschweiger Untersuchung von 2006 lassen sich somit replizieren und die Hypothese bestätigen. Verletzungen, die sich Personen unter Alkoholeinfluss zugezogen haben, stellen auch einen sehr guten Indikator für riskanten Alkoholkonsum im Allgemeinen dar.

**SO LASST UNS NOCH EINMAL VEREINT
DIE VOLLEN GLÄSER SCHWINGEN;
DER ABSCHIED WERDE NICHT GEWEINT,
DEN ABSCHIED SOLLT IHR SINGEN.**

August von Platen

6. DISKUSSION

Der Schwerpunkt dieser Studie lag in der Untersuchung der Konsumgewohnheiten alkoholischer Getränke unter Studierenden. Hierzu wurden neben der Darstellung der allgemeinen Prävalenz diverse Faktoren untersucht, die Einfluss auf das Trinkverhalten haben können. So wurden soziodemographische Faktoren, wie Geschlecht, Alter und Beziehungsstatus, studiumsbezogene Faktoren, wie Studienzufrieden, Studienfach und Studienabschluss, sowie psychische Belastung, im Sinne von Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung, untersucht. Die Untersuchung der Quantität und Qualität Alkoholkonsums wurde anhand verschiedener Variablen gemessen. Es wurde die durchschnittlich konsumierte tägliche Alkoholmenge ermittelt und die hieraus resultierende Einteilung in Konsumkategorien vorgenommen. Des weiteren wurden als Konsumfrequenzmaß die alkoholfreien Intervalle zwischen den Trinkgelegenheiten berechnet. Zur Darstellung eines problematischen Alkoholkonsums wurde das Binge-Drinking-Verhalten untersucht sowie ein Alkoholismus-Screening-Verfahren eingesetzt.

Die Untersuchung einer studentischen Stichprobe erfolgte exemplarisch an Studierenden dreier niedersächsischer Hochschulen, der Technischen Universität Braunschweig, der Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel und der Hochschule für Bildende Künste Braunschweig.

Die Interpretation erfolgt anhand der Gliederung der Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung und nimmt hierbei Bezug auf die Ergebnisse der Untersuchung der Trinkgewohnheiten der Allgemeinbevölkerung und der altersentsprechenden Vergleichsgruppe anhand der Daten der Epidemiologischen Suchtsurveys von 2006 und 2009 (Pabst & Kraus, 2008; Pabst et al., 2010) sowie auf Ergebnisse von Studien im studentischen Kontext auf internationaler und nationaler Ebene.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen in Bezug auf den Alkoholkonsum von Studierenden, dass 89,8 Prozent der Befragten innerhalb der letzten dreißig Tage Alkohol getrunken hatten. 81 Prozent tranken Alkohol in risikoarmer Menge oder lebten völlig abstinent (10,2%). Dies bedeutet im Umkehrschluss eine Prävalenzrate eines mindestens riskanten Konsums von 19 Prozent. Hiermit unterscheiden sie sich deutlich von Allgemeinbevölkerung (18-64 Jahre), bei denen der Anteil insbesondere der Abstinenten (23,6%) deutlich größer und der der riskant Konsumierenden (10,7%) erheblich kleiner ist (Pabst & Kraus, 2008; vgl. auch Pabst et al., 2010). Bereits anhand dieser Zahlen und besonders am geringeren Anteil der Abstinenten, lässt sich erkennen, dass der Konsum von Alkohol im studentischen Milieu die Regel ist und eher dazugehört als in der Allgemeinbevölkerung. Dieses wurde auch subjektiv von den befragten Studierenden als Grund für Alkoholkonsum angegeben – es gehört zum Treffen mit Kommilitonen „einfach dazu“.

Bezogen auf das Binge-Drinking konnte gezeigt werden, dass sich rund jeder zweite Studierende (49,4%) rauschmäßig betrinkt. Das Phänomen Binge-Drinking ist darüber hinaus auch als zeitlich relativ stabil zu beurteilen, da die Häufigkeit des Binge-Drinkings bezogen auf die letzten dreißig Tage höchst signifikant mit der Anzahl der Vollrauschzustände in den letzten zwölf Monate korreliert. 14,5 Prozent aller Befragten gaben darüber hinaus an, sich fünfmal oder öfter pro Monat rauschmäßig zu betrinken und waren demnach sog. „Heavy User“. Heavy Using beschreibt per Definition zunächst lediglich die gehäufte Frequenz des Binge-Drinkings. Es konnte jedoch in weiteren Analysen gezeigt werden, dass Heavy User Alkohol nicht nur öfter tranken als „normale“ Binge-Drinker sondern darüber hinaus noch in erheblich größeren Mengen. Daraus lässt sich ableiten, dass je mehr Alkohol getrunken wird, dies auch öfter geschieht. Diese Schlussfolgerung konnten bereits auch Hamerschmidt & Heine (2008) sowie Pauly (2004) ziehen, deren Ergebnisse sich somit replizieren ließen.

Die Beschreibung Lindenmeyers (2005), dass die Hälfte des verbrauchten Alkohols nur durch eine kleine Gruppe konsumiert wird, lässt sich tendenziell auch hier bestätigen, ebenso wie die Ergebnisse aus den Vereinigten Staaten, bei denen ebenso davon ausgegangen wird, dass der Anteil der Heavy User nahezu drei Viertel des gesamten Alkohols konsumieren (Dowdall und Wechsler, 2002).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigen sich ähnliche Ergebnisse bezogen auf das Binge-Drinking wie bei der Beurteilung der Trinkmenge (Konsumkategorien): Der Anteil der

Binge-Drinker in der Allgemeinbevölkerung lag 2006 bei 33,3 Prozent, 2009 bei 33,9 Prozent (Pabst & Kraus, 2008; Pabst et al., 2010) und damit erheblich geringer als in der studentischen Stichprobe. Der im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung recht ähnlich hohe Anteil der Heavy User in der studentischen Stichprobe lässt sich auf die verschiedenen Bewertungskriterien zurückzuführen, da in den Suchtsurveys bereits ab vier Getränken von Heavy Using gesprochen wird, in der vorliegenden Untersuchung jedoch erst ab fünf Getränken. Somit erscheint der direkte Vergleich des „einfachen“ Binge-Drinkings am sinnvollsten und aussagekräftigsten.

Insgesamt höhere Prävalenzen in Bezug auf Risikokonsum und Rauschtrinken in der studentischen Stichprobe sind möglicherweise auch auf eine größere Flexibilität im Arbeitsalltag zurückzuführen. So gaben viele Studierende beispielsweise an, sie tranken seit Aufnahme ihres Studiums mehr Alkohol, weil sie nun „mehr Zeit“ dazu hätten. Darüber hinaus wird Studierenden durch häufig spätere Anfangszeiten von universitären Veranstaltungen die (scheinbare) Möglichkeit geboten, auch unter der Woche Alkohol auch in höheren Dosen zu konsumieren, was auch dadurch deutlich wird, dass Studentenpartys zumeist innerhalb der Woche und nicht an den Wochenenden stattfinden. Somit erscheinen die allgemeinen Voraussetzungen, Alkohol auch in größeren Mengen konsumieren zu können, im studentischen Kontext besser möglich zu sein. Dies kann sich auch auf die Trinkgewohnheiten älterer Studierender auswirken und eine Erklärung dafür sein, warum sich auch dieser Altersgruppe höhere Prävalenzwerte zeigen als in der altersentsprechenden Allgemeinbevölkerung. Wobei kritisch anzumerken ist, dass es im studentischen Milieu gerade diese scheinbaren Möglichkeiten und Anreize Pflichtvernachlässigungen mit u.U. Konsequenzen für das weitere Studium bedingen können (vgl. Bailer et al., 2008).

Im Vergleich zu amerikanischen Forschungsergebnissen zeigen sich die Ergebnisse in Bezug auf den Alkoholkonsum von Studierenden recht homogen. Zwar konnten in den Vereinigten Staaten leicht geringere Prävalenzen aufgezeigt werden, insbesondere in Bezug auf die Prävalenz grundsätzlichen Alkoholkonsums, hier gaben 69 Prozent der Studierenden an, im vergangenen Monat Alkohol getrunken zu haben (Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009), im Vergleich zu 89,8 Prozent in der vorliegenden Untersuchung. Diese Unterschiede scheinen jedoch auch vor dem Hintergrund einer restriktiveren Gesetzgebung und einer höheren Altersbeschränkung betrachtet werden zu müssen, so ist der Konsum alkoholischer Getränke in vielen US-Bundestaaten erst ab einem Alter von 21 Jahren gesetzlich erlaubt. Ebenso ist auch die etwas geringere Prozentzahl der Binge-Drinker unter den amerikanischen Studierenden, die bei rund 45 Prozent lag (Johnston, O'Malley, Bachman &

Schulenberg, 2009; National Survey on Drug Use and Health, 2006; vgl. auch Mitka, 2009) zu beurteilen.

Im Vergleich zu nationalen Untersuchungen zeigen sich insgesamt recht einheitliche Ergebnisse: Bezogen auf den grundsätzlichen Konsum alkoholischer Getränke ergaben sich nahezu deckungsgleiche Ergebnisse: Die in den Voruntersuchungen (Stock et al., 2009; Hammerschmidt & Heine, 2008; Pauly, 2004) gezeigten Prävalenzen bezogen auf Alkoholabstinenz von rund 10 Prozent, konnten auch in der vorliegenden Untersuchung mit 10,2 Prozent bestätigt werden. Recht ähnliche Ergebnisse konnte auch in Bezug auf Binge-Drinking festgestellt werden: Im Gesundheitssurvey für Studierende in NRW (Helmer, Mikolajczyk, Meier & Krämer, 2010) gaben insgesamt 45,7 Prozent der befragten Studierende Binge-Drinking an, im Vergleich zu 49,4 Prozent in der vorliegenden Arbeit. Auch bzgl. des Heavy Usings sind die Ergebnisse ähnlich: Der Gesundheitssurvey NRW geht von einem Anteil von 15,7 Prozent aus, wobei Heavy User hier bereits bei mehr als vier Binge-Drinking-Gelegenheiten pro Monat als solche definiert wurden. Vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit zugrunde liegenden Definition von mind. fünf Gelegenheiten sind somit vergleichbare Resultate zu erwarten. Auf den ersten Blick leicht abweichende Ergebnisse konnte Pauly (2004) ermitteln: In der Kölner Befragung ergab sich ein Wert von 39,6 Prozent Binge-Drinkern. Dabei darf auch hier die unterschiedlichen Definitionen nicht außer Acht gelassen werden. Da Pauly Binge-Drinking als Konsum von *mehr als fünf* Getränken bei einer Gelegenheit innerhalb von 14 Tagen definiert, ist somit – nach der hiesigen Definition – auch hier von höheren Prävalenzen auszugehen ist.

Im Vergleich zur Braunschweiger Voruntersuchung (Hammerschmidt & Heine, 2008) konnte zudem festgestellt werden, dass ein statistisch signifikanter Trend zur weiteren Erhöhung der Konsummenge zu beobachten ist, dies wurde insbesondere durch die vermehrte Häufung in den Kategorien des problematischen Konsums deutlich. Gleichzeitig konnte eine Verringerung der trinkfreien Intervalle zwischen den Trinkgelegenheiten aufgedeckt werden, was bedeutet, dass Alkohol auch öfter konsumiert wurde als zum Zeitpunkt der Voruntersuchung 2006. Möglicherweise zeigt sich hier ein auch in der Allgemeinbevölkerung zu beobachtende Trend – insbesondere bedingt durch eine Zunahme beim Rauschtrinken (vgl. Pabst & Kraus, 2008; Augustin & Kraus, 2005).

Insgesamt konnten nachgewiesen werden, dass sich der Alkoholkonsum von Studierenden, bezüglich der konsumierten Trinkmenge sowie des Rauschtrinkens, trotz eines äquivalenten phasenhaften Verlaufes in der Lebensspanne, erheblich vom Konsum der Allgemeinbevölke-

rung unterscheidet, nicht jedoch wesentlich von nationalen oder internationalen Studien im studentischen Kontext, wenngleich die Vergleiche infolge unterschiedlicher Methoden bisweilen kritisch zu interpretieren sind.

Interessanterweise gab jedoch nur rund jeder dritte Studierende (30,1%) an, dass sich sein Konsum seit Beginn des Studiums erhöht hätte. Die große Mehrheit meinte hingegen, dass der Beginn des Studiums zu keinen wesentlichen Änderungen bzgl. des Alkoholkonsums geführt habe (42,3%), mehr als jeder vierte Studierende (27,6%) meinte gar, sein Alkoholkonsum habe sich seither verringert. Diese Aussagen sollten jedoch auch vor dem Hintergrund möglicher Erinnerungsfehler betrachtet werden, insbesondere von Personen, die bereits seit Jahren studieren. Die Zahlen könnten jedoch auch bedeuten, dass viele der Befragten bereits zu Schulzeiten, Alkohol in größeren Mengen zu sich genommen haben und sich daher der Konsum entweder nicht verändert oder sogar noch erhöht hat. Ergebnisse amerikanischer Untersuchungen würden diese Deutung untermauern, hier konnte nämlich aufgezeigt werden, dass Personen, die bereits in der High-School „Binge-Drinking“ betrieben, dies auch in der Universität weiterführten oder ihren Konsum noch verstärkten (Wechsler et al., 2000; Baer et al., 1995; Read et al., 2002; O'Malley & Johnston, 2002). Eine spezifische Untersuchung des genauen Trinkverhaltens der Studierenden zu Schulzeiten wurde in der vorliegenden Arbeit nicht durchgeführt. Somit wäre in weiterführender Forschung zu untersuchen, ob diese Phänomene auch in Deutschland beim Wechsel von der Oberstufe zur Hochschule beobachtet werden können. Dies wäre auch vor dem Hintergrund frühzeitiger präventiver Maßnahmen wünschenswert.

Insgesamt verfestigt sich damit die Annahme, dass Studierende eher dazu neigen, nicht regelmäßig sondern punktuell, z.B. an wenigen Wochentagen, zu trinken, dann jedoch in größeren Mengen. Diese Interpretation wird zum einen durch die durchschnittliche Anzahl der trinkfreien Tage innerhalb eines Betrachtungszeitraumes von einem Monat ($M = 4,4$), zum anderen durch den hohen Anteil der Binge-Drinker deutlich. Diese Ergebnisse bestätigen somit auch die Deutungen aus Voruntersuchungen (z.B. Stock et al., 2009; Bailer et al., 2009; Hammerschmidt & Heine, 2008; Pauly, 2004; Helmer, Mikolajczyk, Meier & Krämer, 2010; vgl. auch Perkins, 2002).

Die alarmierendsten Ergebnisse ergaben sich jedoch bei der Beurteilung von Missbrauch und Abhängigkeit. Hier zeigten sich auch die fulminantesten Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung: Wurde im Epidemiologischen Suchtsurvey 2006 (Pabst & Kraus, 2008) per Interviewverfahren (M-CIDI) ermittelt, dass rund 6,2 Prozent der Bundesbürger Alkoholmiss-

brauch betreiben oder abhängig sind, so konnte in der vorliegenden studentischen Untersuchung mittels CAGE-Fragebogen ein Wert von 30,3 Prozent aufgedeckt werden. Dieser Wert ist nahezu deckungsgleich mit der Untersuchung von Bailer et al. (2009), die in ihrer Stichprobe bei 30,1 Prozent der Studierenden einen „problematischen Konsum“ feststellen konnten. Pauly (2004) konnte anhand des DSM-IV-Kataloges einen leicht geringeren Anteil von 20,8 Prozent von Studierenden mit Missbrauch oder Abhängigkeit ermitteln. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ist allerdings nur eingeschränkt möglich, da sie auf der Grundlage unterschiedlicher Messinstrumente beruhen. Dennoch scheinen verschiedene Verfahren ähnlich hohe Werte zu ermitteln.

Eine wesentlich höhere Quote Alkoholabhängiger im studentischen Milieu im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist jedoch trotz der alarmierend hohen Zahlen – auch nach einhelliger Beurteilung anderer Autoren – nicht zu vermuten (vgl. Bailer et al., 2009; Pauly, 2004).

Somit legen die Ergebnisse den Schluss nahe, dass es sich bei den herkömmlichen, in den meisten Untersuchungen verwandten Testverfahren um nur „bedingt valide“ Messinstrumenten für den Einsatz im studentischen Milieu handelt. Hierauf wurde bereits in der Arbeit von Hammerschmidt & Heine (2008) hingewiesen. Vor diesem Hintergrund wurden dort die Ergebnisse belgischer Forscher der Universität Leuven Ende der 1990er Jahre dargestellt. Diese gingen davon aus, dass sich beispielsweise der weit verbreitete Screening-Fragebogen CAGE, der auch in dieser Untersuchung verwandt wurde, nur bedingt zur Diagnostik der spezifischen Bevölkerungsgruppe der Studenten eignet (Ärzte Zeitung, 2000). Daher entwickelte sie einen Alkoholismus-Screening-Test für Studierende („CUGE“) in Anlehnung an den CAGE (Ewing, 1984). Sie empfahlen die zweite Frage des CAGE („Annoyed“) gegen „under influence“ – „waren Sie schon öfter in Situationen alkoholisiert, in denen dies gefährlich war?“ – auszutauschen. Diese Frage impliziert ein erhöhtes Gefährdungspotential unter Alkoholeinfluss insbesondere für körperliche Verletzungen. Derartige Zusammenhänge konnten in zahlreichen Studien wiederholt aufgezeigt werden (vgl. u.a. College Alcohol Survey der Harvard School of Public Health, 1999, zit. nach Hingson et al., 2002; vgl. Neumann et al., 2004) und finden sich auch häufig als Bestandteil einer Definition für missbräuchlichen Konsum.

Auch in der Braunschweiger Untersuchung von 2006 (Hammerschmidt & Heine, 2008) sowie in der vorliegenden Arbeit konnten Nachweise eines Zusammenhanges erbracht werden: So zeigte sich ein höchstsignifikanten Zusammenhang zwischen den Kategorien des CAGE (als Operationalisierung missbräuchlichen und abhängigen Verhaltens) und unter Alkoholein-

fluss zugezogenen Verletzungen. Bezogen darauf scheint eine Frage nach Gefährdungssituationen oder nach Verletzungen unter Alkoholeinfluss einen guten Indikator für problematischen Alkoholkonsum darzustellen, möglicherweise einen besseren als bspw. die zweite Frage des CAGE („Hat Dich jemand durch Kritisieren Deines Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?“), insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass unter Studierenden – wie aufgezeigt wurde – der Konsum auch größerer Mengen alkoholischer Getränke bei einem Großteil zum „normalen Leben“ dazugehört und somit der Konsum vermutlich nur in seltenen Fällen negativ kritisiert wird.

Ob sich hierdurch jedoch insgesamt bessere Ergebnisse, insbesondere bzgl. der Spezifität, erzielen lassen, bleibt kritisch zu betrachten. Zumindest scheint sich der CUGE-Fragebogen auch allgemein nicht durchgesetzt zu haben. Darüber hinaus ist eine Frage bzgl. des Gefährdungspotentials bereits Bestandteil mancher Alkohol-Screening-Verfahren, wie beispielsweise im AUDIT (Babor, de la Fuente, Saunders & Grant, 1992). In diesem wird auch in einer Frage auf die beruflichen Folgen eingegangen, was Bailer et al. (2008) zufolge insbesondere im studentischen Milieu von Relevanz ist (vgl. Abschn. 2.8.1).

Hier ist weitere Forschung wünschenswert, insbesondere zu Präventionszwecken. Möglicherweise gelänge auch eine Verbesserung der Screening-Instrumente über eine Frage nach bereits stattgefundener „Toleranzentwicklung“, da hierüber eine körperliche Gewöhnung an den Stoff Alkohol aufgezeigt werden kann, der mit regelmäßigem Konsum einhergeht.

6.2 DEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

Auch im Vergleich mit altersentsprechenden Vergleichsstichproben (18-39 Jahre) konnten die bereits geschilderten Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung – sogar noch deutlicher – festgestellt werden (vgl. Pabst & Kraus, 2008). Interessanterweise konnte der allgemeine Trend, dass der Anteil der Risikokonsumenten unter den 18-29-Jährigen am höchsten ist, auch in der vorliegenden studentischen Stichprobe festgestellt werden. Wie auch allgemein zu beobachten ist, geht der Anteil der Risikokonsumenten anschließend mit zunehmendem Alter zurück (vgl. Robert-Koch-Institut, 2010; Pabst et al., 2010; Pabst & Kraus, 2008). In diesem Zusammenhang ist zu vermuten, dass hier verschiedenen Einflussfaktoren zur Wirkung kommen (vgl. Abschn. 2.5.2): In der Phase der Abnabelung vom Elternhaus und der damit verbundenen zunehmenden Selbstständigkeit sowie vor dem Hintergrund wachsender Bedeutungen Peer-Group aktiver Prozesse scheint eine Zunahme des Alkoholkonsums allgemein üblich (vgl. Stauber, 2010). So gaben auch viele befragte Studierende in der vorliegen-

den Untersuchung an, sie tranken seit der Aufnahme ihres Studiums nun mehr Alkohol, weil es bei Treffen mit Kommilitonen „einfach dazu gehöre“.

Mit zunehmendem Alter und somit auch zum Ende des Studiums kommt es zum Wendepunkt bzgl. des Konsums, und es wird wieder weniger und seltener getrunken, was sich u.a. auch an der steigenden Zahl der trinkfreien Intervalle und am Rückgang des Binge-Drinkings ablesen lässt. Mit dem Älterwerden scheinen andere soziale Faktoren zunehmend wichtiger zu werden, als im Gruppenkontext Alkohol zu konsumieren. Vielfach kommt es in dieser Zeit zu stabilen partnerschaftlichen Beziehungen, und das Ende des Studiums rückt in den Focus, begleitet von einer forcierten beruflichen Orientierung, was sich vermutlich auch auf den Alkoholkonsum auswirkt (vgl. Abschn. 2.6.4). Da zumeist auch das soziale Umfeld in ähnlicher Weise diesen Prozessen ausgesetzt ist, wirken diese Mechanismen sozusagen vielfach, da somit allgemein auch die Gelegenheiten, Alkoholkonsum im Gruppenkontext zu konsumieren, weniger werden.

Ein weiteren wichtiger, wenn nicht der wichtigste Einflussfaktor auf die Konsumgewohnheiten alkoholischer Getränke ist der des Geschlechtes. In nahezu allen Untersuchung konnte dargestellt werden, dass Männer im Schnitt erheblich mehr und öfter Alkohol konsumieren als Frauen und auch deutlich häufiger von alkoholassozierten Folgeerkrankungen, inkl. der Alkoholabhängigkeit, betroffen sind (vgl. Abschn. 2.4). Dies trifft sowohl auf die Allgemeinbevölkerung (z.B. vgl. Robert-Koch-Institut, 2010; Pabst et al., 2010; Pabst & Kraus, 2008) zu, als auch im Speziellen auf die Subpopulation der Studierenden (z.B. Helmer, Mikolajczyk, Meier & Krämer, 2010; Bailer et al., 2009; Hammerschmidt & Heine, 2008; Pauly, 2004; Johnston, O'Malley, Bachman & Schulenberg, 2009).

Auch in der vorliegenden Arbeit konnten die vorbekannten Unterschiede sowie geschlechtsspezifischen Konsumgewohnheiten aufgedeckt werden. Es zeigte sich, dass sich weibliche Studierende in allen untersuchten Variablen oft erheblich von ihren männlichen Kommilitonen unterschieden. Dies wurde allein bei der Betrachtung der durchschnittlichen Tageskonsummenge reinen Alkohols deutlich: Hier tranken die Frauen im Schnitt nur die Hälfte (10,5g) dessen, was die Männer konsumierten (20g). Sie waren damit bei der Einteilung in Konsumkategorien auch dementsprechend häufiger in den Kategorien des harmlosen Konsums und seltener in denen des riskanten und gefährlichen Konsums vertreten, wenngleich die Anzahl der Hochkonsumenten bei beiden Geschlechtern gleich war, was bzgl. der Literatur nicht zu erwarten gewesen wäre.

Auch bezogen auf die übrigen gemessenen Parameter wurden die vorbeschriebenen Geschlechterunterschiede deutlich: Die Studentinnen zeigten eine deutlich geringere Trinkfrequenz, was bedeutet, dass die Anzahl der trinkfreien Tage zwischen den Trinkgelegenheiten deutlich größer ist als bei den Studenten, nahezu um zwei Tage. Studentinnen berichten darüber hinaus von halb nur so vielen Vollrauschtagen pro Jahr und zeigen auch deutlich seltener Binge-Drinking-Verhalten als Studenten. Insbesondere im Bereich Heavy Using wurden diese Unterschiede höchstsignifikant deutlich. Daraus folgt insgesamt auch eine geringere Häufigkeit in den auffälligen CAGE-Kategorien.

Wie bereits im letzten Abschnitt erwähnt wurde, zeigen sich insbesondere bei der Beurteilung von Missbrauch und Abhängigkeit extrem hohe Werte. Die Befragung ergab demnach dass rund jede fünfte Studentin (19,8%) und mehr als jeder dritte Student (37,3%) nach den Kriterien des CAGE als problematische Konsumenten einzuschätzen sind. Männer waren dabei doppelt so häufig betroffen wie Frauen. Das Bild spiegelt in etwa das Verhältnis wider, wie es auch bei den übrigen Parametern zu sehen war, macht jedoch aber auch hier noch einmal deutlich, dass geeignetere Screening-Verfahren für Studierende entwickelt werden sollten.

Insgesamt betrachtet konnte auch die vorliegende Arbeit die vorbeschriebenen Geschlechterunterschiede deutlich machen. Deutlich wurde jedoch auch, dass sich sowohl die männlichen als auch die weiblichen Studierenden von der Normalbevölkerung unterscheiden, da sie in den Kategorien riskanter und gefährlicher Konsum sowie beim Rauschtrinken (Binge Drinking und Heavy Using) signifikant häufiger vertreten waren. Diese Unterschiede wurden beim weiblichen Geschlecht umso deutlicher, was zeigt, dass Studentinnen noch mehr von einem erhöhten Alkoholkonsum betroffen sind als Studenten im Vergleich zur Normalbevölkerung. Eine mögliche Interpretation wurde bereits im vorherigen Abschnitt (6.1) beleuchtet. Alkohol scheint in studentischen Kreisen dazuzugehören, dies gilt auch für Frauen. Darüber hinaus könnte hier auch der oft beschriebene spätere Eintritt in ein „geordnetes Familienleben“ bei Akademikerinnen eine Rolle spielen. Der Zeitpunkt der ersten Schwangerschaft ist im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt verzögert, auch die Anzahl der Kinder nimmt mit zunehmendem Bildungsstand ab (Statistisches Bundesamt, 2007b). Somit treten hier familiäre Verpflichtungen nicht in dem Maße wie in anderen Teilen der Bevölkerung auf. Auch eine u.U. selbstbestimmtere, emanzipiertere Lebensweise von Studentinnen im Vergleich zur alters- und geschlechtsentsprechenden nichtakademischen Gruppe, mit der damit verbundenen Emanzipation auch in Bezug auf den Substanzkonsum kann hier eine Rolle spielen, was sich auch bei der Prävalenz des Rauchens nachweisen lässt (Abschn.

5.1.2). Hier gibt es (mittlerweile) keine signifikanten Geschlechterunterschiede mehr. Diese geschlechtsspezifische Entwicklung hin zu einer zunehmenden Angleichung an die Konsumgewohnheiten der männlichen Studierenden sollte in weiterer Forschung untersucht werden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Schwelle der toxischen Wirkung bei Frauen oft niedriger liegt und somit auch die Wahrscheinlichkeit des gehäufteten Auftretens substanzassoziierter Erkrankungen zunimmt (vgl. auch Abschn. 2.4.4).

Als letzte untersuchte demographische Einflussgröße wurde der partnerschaftliche Beziehungsstatus untersucht. Hier bestand die Annahme, dass das Vorhandensein oder Fehlen einer partnerschaftlichen Beziehung einen Einfluss auf die Trinkgewohnheiten der Studierenden hat (vgl. hierzu auch Abschn. 2.6.4). Voruntersuchungen (z.B. Hammerschmidt & Heine, 2008) konnten eben solche nachweisen. Hier konnte nachgewiesen werden, dass Personen, die angaben, noch nie in einer partnerschaftlichen Beziehung gelebt zu haben, am wenigsten und seltensten tranken, Studierende mit wechselnden Partnerschaften demgegenüber am häufigsten und meisten. In der Literatur wurde darüber hinaus eine stabile Partnerschaft häufig als Resilienzfaktor – auch bzgl. des Ausbildens einer substanzbezogenen Störung – angesehen (vgl. z.B. Hornung & Fabian, 2001).

In der vorliegenden Arbeit konnten ebenfalls höchstsignifikante Unterschiede im Alkoholkonsum zwischen den Partnerschaftsgruppen aufgezeigt werden: Ähnlich wie bei der Voruntersuchung von Hammerschmidt und Heine (2008) zeigten Personen, die angaben, noch nie eine partnerschaftliche Beziehung geführt zu haben, den geringsten durchschnittlichen Tageskonsum, hatten die längsten trinkfreien Intervalle, waren am seltensten Binge-Drinker und zeigten sich bzgl. Missbrauch und Abhängigkeit am unauffälligsten. Auch Personen in fester partnerschaftlicher Bindung waren überzufällig häufig unter den harmlos Konsumierenden aller Parameter, was die These der Resilienz bestätigen würde. Überzufällig häufig in den Kategorien des problematischen Konsums aller gemessenen Variablen, waren Personen, die angaben, wechselnde Partnerschaften zu haben. Hier zeigt sich somit ebenfalls ein äquivalentes Bild zur Voruntersuchung (Hammerschmidt & Heine, 2008).

Es scheint sich die Interpretation zu verifizieren (vgl. Hammerschmidt & Heine, 2008), dass Personen, die noch nie in einer festen Partnerbeziehung gelebt haben, über bestimmende Persönlichkeitsmerkmale verfügen. Möglicherweise sind sie introvertierter, mit der Folge geringerer Sozialkontakte und der damit verbundenen selteneren Möglichkeit, in Gesellschaft mit Kommilitonen gemeinsam Alkohol zu konsumieren, wie es in Studentenkreisen verbreitet zu sein scheint. Diese könnte auch ein Grund dafür sein, dass es erst gar nicht zu

einer Anbahnung einer Beziehung oder auch nur einer sexuell motivierten Affäre kommt, die – erwiesenermaßen – durch den Konsum alkoholischer Getränke katalysiert werden kann. Dieses ließe im Umkehrschluss auch die Deutung plausibel erscheinen, dass Personen mit wechselnden Partnern, diese auch vor dem Hintergrund ihres des Alkoholkonsums und seiner enthemmenden Wirkung haben (vgl. Hingson et al., 2002). Auch plausibel erscheint die Möglichkeit, dass Personen mit wechselnden Partnerschaften aufgrund ihrer Persönlichkeit beispielsweise extravertierter, offener und kontaktfreudiger sind und sich somit häufiger in sozialen Kontexten bewegen, in denen Alkohol konsumiert wird, wie beispielsweise bei Studentenpartys. Hier besteht auch tendenziell eher die Möglichkeit des persönlichen Kennenlernens. Vor diesem Hintergrund könnten spezifische Persönlichkeitsvariablen, beispielsweise mittels Persönlichkeitsfragebogen, im Zusammenhang mit Alkoholkonsum im studentischen Milieu weiter und näher untersucht werden.

Detailliertere Informationen könnte darüber hinaus auch die Erhebung der sexuellen Orientierung bieten, da z.B. Dowdall und Wechsler (2002) in einer Studie zeigen konnten, dass homosexuelle Personen eher zu Substanzmissbrauch neigten.

6.3 STUDIENSTRUKTUR UND STUDIENZUFRIEDENHEIT

In der Voruntersuchung von Hammerschmidt und Heine (2008) wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen Studienunzufriedenheit und Alkoholkonsum untersucht, der jedoch keine Auffälligkeiten darstellen konnte. Da jedoch ein erhöhter Alkoholkonsum im Kontext mit (berufsbezogenem) Stress und Unzufriedenheit gesehen wird (vgl. Herzog et al., 1987; Kurth et al., 2007; Wiarda, 2003), wurde auch in dieser Studie ein möglicher Zusammenhang an einer größeren Stichprobe untersucht:

Zunächst konnte aufgezeigt werden, dass die überwiegende Mehrheit der befragten Studierenden mit den aktuellen Studienbedingungen im Wesentlichen zufrieden sind. Weiter zeigte sich dies bzgl. ein signifikanter Geschlechterunterschied, wie er bereits auch in der Untersuchung von Hammerschmidt und Heine (2008) beobachtet werden konnte. Studentinnen zeigten sich im Mittel insgesamt leicht zufriedener mit den Studienbedingungen als ihre männlichen Kommilitonen.

Im Gegensatz zur Voruntersuchung konnte in dieser Studie jedoch ein positiver, wenn auch nur geringer, Zusammenhang zwischen Unzufriedenheit mit den Studienbedingungen und der Anzahl der Vollrauschzustände sowie der durchschnittlichen täglich aufgenommenen Alkoholmenge ermitteln. Was hierbei Ursache und was Wirkung ist, kann jedoch aus den

Daten nicht abgelesen werden. Eine Vermutung wäre, dass Studierenden, bei zunehmender Unzufriedenheit mit den Studienbedingungen aufgrund von Frustrationserleben vermehrter Alkohol konsumieren, ihn sozusagen als Coping-Strategie nutzen. Diese Interpretationsmöglichkeit würde durch einige Aussage von Studierenden unterstützt werden, die in ihren Angaben zur Trinkmotivation „Stressabbau“ angaben. Andererseits wäre jedoch auch eine Deutung in die andere Richtung möglich: So könnte ein vermehrter Alkoholkonsum zu Schwierigkeiten im Studium führen, wie es beispielsweise auch Bailer et al. (2009) nachweisen konnten und dies es hierdurch zu Unzufriedenheit und Frustration kommen. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass es sich bei den gefundenen Ergebnissen nur um kleine Effekte handelt.

Detaillierte Untersuchungen zum Ursache-Wirkungs-Prinzip könnten somit hier hilfreich sein und den Weg für präventive Maßnahmen bereiten.

Ein weiterer, auch politisch enorm wichtiger Betrachtungspunkt, ist die Untersuchung eines möglichen Zusammenhanges zwischen den zu erreichenden Abschlüssen und dem Alkoholkonsum, insbesondere vor dem Hintergrund der Umsetzung der Bologna-Beschlüsse und der damit einhergehenden Umstellung der Abschlüsse von Diplom und Magister zu Bachelor und Master, zumindest in den meisten Studiengängen. Vielfach wurde in diesem Zusammenhang über eine Erhöhung der Anforderungen durch straffere Lehrpläne und häufigere Prüfungen berichtet (vgl. auch Abschn. 2.6), was sich positiv aber auch negativ auf den Konsum alkoholischer Getränke auswirken könnte. In der Voruntersuchung von Hammerschmidt und Heine (2008) konnte gezeigt werden, dass Studierende im Bachelorstudium vermehrt zum „Binge-Drinking“ und insbesondere auch zum Heavy-Using neigten. Es wurde anhand dieser Ergebnisse ein veränderter Studienrahmen geschlussfolgert, der zu den beschriebenen Konsumveränderungen geführt hat.

Die vorliegende Untersuchung sollte diese Ergebnisse noch einmal überprüfen. Gerade auch deshalb, da die Umstellung zum Zeitpunkt der hiesigen Erhebung weiter fortgeschritten war und sich – womöglich – die neuen Abschlüsse weiter etabliert haben.

Möglicherweise spielen eben diese Etablierungsprozesse tatsächlich eine Rolle, denn – im Gegensatz zur Untersuchung von 2006 (Hammerschmidt & Heine, 2008) – konnten auffällige Trinkmuster unter den Bachelorstudierenden nun nicht mehr festgestellt werden. Im Gegenteil: In nahezu allen durchgeführten Analysen zeigten sich Studierende der Bachelor- und Masterstudiengänge unauffällig. Auffällig waren hingegen in der aktuellen Untersuchung vielmehr Studierende im Diplomgrundstudium (*Vordiplom*): Sie zeigten sich signifikant öfter

im als Hochkonsumenten, berichteten über die meisten *Vollrauschzustände* in den letzten zwölf Monaten und waren signifikant häufiger sowohl *Binge-Drinker* als auch *Heavy-User*.

Mögliche Etablierungsprozesse und die Beseitigung von „Startschwierigkeiten“ bei der Einführung der neuen Studienabschlüsse könnten, wie oben bereits genannt, auch zu einer Normalisierung des Trinkverhalten bei Bachelor- und Masterstudierenden geführt haben. Dies würde jedoch nicht das nun auffällige Trinkverhalten der sich im Grundstudium eines Diplomstudienganges befindlichen Studierenden erklären. Hier könnten andere Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass es sich bei den Vordiplomstudierenden um sog. „Nachzügler“ handelt, die es bislang nicht geschafft hatten, das Hauptstudium zu erreichen. Hierbei könnte es infolge dessen zu Frustrationserleben kommen, was zu einem vermehrten Konsum geführt haben könnte, im Sinne einer Coping-Strategie. Auch hier wäre jedoch auch eine andere Richtung denkbar, nämlich, dass diese Studierende aufgrund ihrer riskanten Konsumgewohnheiten im Sinne Bailers et al. (2009) Schwierigkeiten bei Bewältigung der Studienanforderungen hatten und es daher ein Übergang ins Hauptstudium noch nicht erreicht werden konnte. Die „Nachzügler-These“, welcher Richtungsinterpretation auch immer, würde auch dadurch unterstützt, dass die Umstellung auf die neuen Studiengänge zum Zeitpunkt der Erhebung bereits weit fortgeschritten war und Diplomstudiengänge – wenn überhaupt – nur noch begrenzt angeboten worden waren.

Zusammenfassend kann jedoch die Aussage getroffen werden, dass sich die Umstellung der Studienabschlüsse im Zuge der Umsetzung der Bologna-Beschlüsse nicht auf eine Erhöhung des Alkoholkonsums oder eine Steigerung pathologischer Trinkmuster ausgewirkt hat. Da es im Vergleich der beiden Untersuchung erheblichen Veränderungen aufgezeigt werden konnten, könnte hier eine zukünftige Längsschnittuntersuchung mögliche mittel- oder langfristige Veränderungen aufdecken.

Eine Aussage über mögliche andere psychische Folgen der Umstellung kann im Übrigen anhand dieser Arbeit nicht getroffen werden. Hier empfiehlt sich die Lektüre der Untersuchung von Heine (2011), die sich u.a. diesem Thema angenommen hat.

Ein weiterer Fokus dieser Untersuchung lag auf der Betrachtung möglicher Zusammenhänge zwischen der Studienrichtung, bzw. des Studienfaches und dem Konsum alkoholischer Getränke. Da es jedoch im Zuge der Umstellung der Studiengänge auf Bachelor- und Masterabschlüsse zu einer Vielzahl neuer Abschlüsse gekommen ist – in der Untersuchung wurden 102 verschiedene Studienfächer angegeben – konnten, zumindest auf Fachebene, keine

valide Aussage getroffen werden. Somit musste eine Untersuchung über Studiengangs-Cluster erfolgen, die inhaltlich-thematisch geordnet wurden.

In der Voruntersuchung von 2006 (Hammerschmidt & Heine, 2008) wurden etwaige Unterschiede im Alkoholkonsum auf Fakultätsebene untersucht. Hierbei konnten keine signifikanten Unterschiede aufgedeckt werden. Eine Limitation der damaligen Erhebung lag aber eben auf der fakultätsbezogenen Untersuchung, da hier bisweilen sehr inhaltsverschiedene Studiengänge zusammengefasst wurden, wie beispielsweise Sozialwissenschaften und Informatik. Daher sollten in der vorliegenden Arbeit mögliche Unterschiede bzgl. der Studiengänge anhand einer thematisch-inhaltlichen Clusterung erfolgen.

Durch diese Einteilung gelang es möglicherweise besser die einzelnen Studienfächer inhaltlich abzubilden, denn in dieser Untersuchung konnten – im Gegensatz zur Untersuchung von 2006 – deutliche Unterschiede zwischen den Clustern aufgedeckt werden:

Zusammenfassend konnte dargestellt werden, dass sich Studierende der Ingenieurwissenschaften in nahezu allen untersuchten Bereichen deutlich zu Studierenden anderer Studiengangs-Cluster unterschieden, indem sie mehr und häufiger Alkohol konsumierten und darüber hinaus häufiger zu Binge-Drinking neigen. Auch in Bezug auf das Screening bzgl. Missbrauch/Abhängigkeit, zeigten sich diese Unterschiede.

Vermutet werden könnte hier eine starke Mit-Beeinflussung der Ergebnisse durch den Faktor Geschlecht, da der Männeranteil hier traditionell noch weitgehend sehr hoch ist. Andererseits trifft diese Aussage auch für die mathematischen Studiengänge und Informatik zu, die ebenfalls in ein Cluster gefasst wurden. Hier konnten jedoch im Vergleich zu den Ingenieursstudiengängen keine auffälligen alkoholbezogenen Effekte dargestellt werden, so dass womöglich andere Faktoren hier eine Rolle spielen. Möglicherweise stehen auch hier Persönlichkeitsvariablen im Vordergrund. Denkbar wäre beispielsweise, dass Mathematik- und Informatikstudierende eher introvertierter, Ingenieure eher extravertierter sind, mit den daraus resultierenden Folgen auf den Alkoholkonsum. Näheres zur Einflussgröße „Persönlichkeit“ wurde oben bereits erläutert.

In wie weit Gründe des universitären Kontextes eine Rolle spielen, bedarf einer gesonderten Betrachtung. Fachspezifischen Arbeitsanforderungen im Studium sind häufig nicht zu vergleichen. Manche Probleme in bestimmten Phasen während des Studiums betreffen nur einige Studiengänge, wie Semesterabschlussklausuren, um die inhaltlichen und formalen Voraussetzungen für das folgende Semester erfüllen zu können, wie z.B. in der Pharmazie oder

der Medizin. Insbesondere für Medizinstudierende gibt es einige Untersuchungen, die sich den speziellen Belastungen annehmen (u.a. Kurth et al., 2007; Seliger & Brähler, 2007). In anderen Studiengängen, z.B. in der Architektur oder in künstlerischen Zweigen werden hohe finanzielle Belastungen für Materialanschaffungen berichtet. Aber auch Studierende geisteswissenschaftlicher Studiengänge benennen Probleme, häufig sind dies hier berufsbezogene Zukunftsängste, insbesondere zum Ende ihres Studiums (vgl. hier auch Heine, 2011).

6.4 ALKOHOLKONSUM UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN

In einem weiteren Schwerpunkt wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen psychischen Beschwerden und dem Konsum alkoholischer Getränke untersucht. In der Voruntersuchung von 2006 (Hammerschmidt & Heine, 2008) konnten keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden. Jedoch konnten in einigen Studien im studentischen Milieu insbesondere Zusammenhänge zwischen depressiven und Angstsymptomen und vermehrtem Alkoholkonsum festgestellt werden (z.B. Pauly, 2004; National Institut on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995, zit. nach SAMHSA, 2007).

Ein erhöhter Alkoholkonsum wird auch im Allgemeinen häufig in Zusammenhang mit depressiven oder ängstlichen Symptomen gebracht, so treten Depressionen und Angststörungen oft komorbid bei Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit auf - oder umgekehrt.

In der vorliegenden Arbeit wurden demzufolge Zusammenhänge zwischen depressiven, ängstlichen sowie somatoformen Symptomen und dem Alkoholkonsum untersucht. Auf Grundlage der Trinkmenge und der daraus resultierenden Zugehörigkeit zu einer der Konsumkategorien konnte kein Zusammenhang zur psychischen Belastung aufgezeigt werden. Somit scheint die konsumierte Menge kein aussagekräftiger Faktor in Bezug auf die Bestimmung der psychischen Gesundheit zu sein.

Vielmehr zeigte sich die Art und Weise des Alkoholkonsums als beeinflussende Größe; so konnte nachgewiesen werden, dass die Teilnehmer psychisch am unauffälligsten waren, die Binge-Drinking betrieben, jedoch nicht öfter als viermal pro Monat.

Diese Ergebnisse unterstützen die These, dass der Alkoholkonsum im studentischen Kontext „dazu gehört“, somit ein sozialmotivationaler Faktor ist und eher nicht mit psychischen Belastungen oder Störungen assoziiert werden kann (vgl. auch Kuntsche et al., 2005). Erst bei extremeren Konsummustern treten auch psychische Belastungsfaktoren auf, was ebenfalls der Deutung Kuntsches et al. (2005) entspricht, dass hier der Alkohol womöglich als Coping-

Strategie – z. B. zur Stimmungsregulation oder zum Abbau von Ängsten – genutzt wird. Personen, die nicht Binge-Drinking betreiben, könnten den Ergebnissen entsprechend eher zurückhaltender sein und sich möglicherweise daher weniger in sozialen Kontexten aufhalten. Dies könnte unter Umständen die Auftretenswahrscheinlichkeit einer psychischen Störung erhöhen..

Die Ergebnisse der Untersuchung legen den Schluss nahe, dass Alkoholkonsum und auch das Binge-Drinking im studentischen Milieu weit verbreitet ist. Ein moderater Konsum, mit weniger als fünf Binge-Drinking-Gelegenheiten im Monat scheint somit psychisch stabilisierend zu wirken, vermutlich vor dem Hintergrund von sozialen Interaktionen, dies könnte beispielsweise das regelmäßige Treffen mit Freunden und Kommilitonen an den Wochenenden beinhalten, bei den der Konsum alkoholischer Getränke in geselliger Runde dazugehört und nach Auswertung der vorliegenden Daten vermutlich auch keine wesentlichen langfristigen Konsequenzen verursacht, denn die Wahrscheinlichkeit für das Ausbilden einer Abhängigkeitserkrankung unter Studierenden wird allgemein als nicht höher als in der Normalbevölkerung eingeschätzt, wenngleich die Ergebnisse der Screening-Verfahren dies vermuten lassen könnten. Es ist also dies bzgl. davon auszugehen, dass diese Screening-Verfahren mehr den Missbrauch, denn die Abhängigkeit messen und ggf. für Studierende angepasst werden sollten.

Nicht desto weniger sollte dennoch auf die Gefahren des Alkoholkonsums hingewiesen werden. Zwar mag das psychische Befinden nicht unter einem moderaten, bisweilen auch rauschmäßigen Konsum, leiden, körperliche Folgen können dennoch auftreten, sei es durch selbst- oder fremdverursachte Unfälle oder durch die physiologischen Prozesse im Körper selber. Es scheint zwar selten vorzukommen, aber auch die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit kann die Folge eines fortgesetzten Alkoholkonsums sein. Dies kann, je nach genetischer Präposition, bereits nach wenigen Monaten der Fall sein (vgl. Abschn. 2.3).

6.5 FORSCHUNGSPERSPEKTIVE UND LIMITATION

Ein Großteil der Limitationen sind bereits im Zuge der Interpretation der Ergebnisse benannt worden. Ebenso wurden in der Abhandlung weitere Forschungsfragen für zukünftige Untersuchungen aufgeworfen.

Insgesamt lässt sich als größte Limitation die bisweilen schwierige Vergleichbarkeit der Ergebnisse vor dem Hintergrund unterschiedlicher oder sich wandelnder diagnostischer Verfahren benennen. Dies wird exemplarisch bei der Definition des Binge-Drinking deutlich:

Die Unterschiede reichen von *vier* Getränken bis hin zu *mehr als fünf*. Auch der Zeitraum, in dem dieses Verhalten gezeigt werden muss, erstreckt sich von *vierzehn Tage* bis hin zu *einem Monat*. Ähnliches zeigt sich auch bei der Definition des Heavy Usings. Auch die Gefährdungsgrenzen in Bezug auf die durchschnittlich konsumierte Tagesmenge wurden im Laufe der Zeit verändert (vgl. Pabst & Kraus, 2008; Pabst et al., 2010), so dass die Interpretation einzelner Ergebnisse bisweilen schwierig ist.

Weiterhin machen auch die Verwendung unterschiedlicher Diagnoseinstrumente eine Vergleichbarkeit – beispielsweise bei der Beurteilung von Missbrauch und/oder Abhängigkeit – schwierig.

Um vollständig generalisierbare Aussagen über den Alkoholkonsum von Studierenden in Deutschland, in Europa oder allgemein treffen zu können, müssten daher, neben einheitlichen Diagnoseinstrumenten und Erhebungssituationen, unter anderem eine vergleichbare Struktur von Studiengängen und Fakultäten (o.ä.) vorhanden sein. Auch sollte eine annähernde Gleichverteilung der Studierenden auf die befragten Studiengänge vorliegen, was in dieser Studie nicht geleistet werden konnte (vgl. auch Heine, 2011).

Eine weitere Limitation ergibt sich aus der Durchführung der klinischen Interviews. Diese wurden durch den Autor der vorliegenden Arbeit sowie durch Frau Nora Heine als Autorin der Dissertation zum Thema psychische Belastungen von Studierenden (Heine, 2011) bei gemeinsamer Stichprobe und Datenerhebung durchgeführt. Hieraus könnte eine Einschränkung der Objektivität resultieren, wenngleich durch Anonymisierung und erst spätere Zusammenfügung der Daten nach Abschluss der Interviewdurchführung, keine direkten Rückschlüsse auf Angaben in der Onlinebefragung während des Interviews möglich waren und somit möglichst hohe objektive Standards gewahrt wurden. Dennoch hätte eine höhere Objektivität durch den Einsatz neutraler bzw. unabhängiger Interviewer erzielt werden können.

Trotz aller Einschränkungen zeigen sich interessante und wichtige Ergebnisse, die neue Forschungsfragen aufwerfen und Anlass zur weiteren Erforschung der „Studierenden“ insbesondere in Bezug auf Alkoholkonsum geben sollten.

7. LITERATUR

- Abbey, A. (2002). Alcohol-Related Sexual Assault: A Common Problem among College Students. *Journal of Studies on Alcohol, Supl. 14*, 118-128.
- Abbey, A., McAuslan, P. & Ross, L.T. (1998). Sexual assault perpetration by college men: The role of alcohol, misperception of sexual intent, and sexual beliefs and experiences. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17*, 167-195.
- Abbey, A. Ross, L.T., McDuffie, D. & McAuslan, P. (1996). Alcohol an dating riskfactors for sexual assault among college women. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 147-169.
- Adams, M. & Effertz, T. (2009). Prävention riskanten Alkoholkonsums von Kindern und Jugendlichen. *Sucht, 55*, 169-180.
- Ärzte Zeitung (2005). *Alkohol erst mit 21? Daran halten sich viele US-Jugendliche nicht!* [www document]. Verfügbar über: <http://www.aerzte-zeitung.de/docs/2005/11/15/205a1101.asp> [Zugriffsdatum: 22.07.2009]
- Ärzte Zeitung (2000). *Aus CAGE wird CUGE – so passt der Test auf Studenten.* [www document] Verfügbar über: <http://www.aerzte-zeitung.de/docs/2000/01/25/012a0403.asp> [Zugriffsdatum: 06.09.2009]
- Allgöwer, A. (2000). *Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden.* Opladen: Leske & Budrich.
- Anderson, P. (2007). *The impact of alcohol advertising. ELSA project report on the evidence to strengthen regulation to protect young people.* Utrecht: National Foundation for Alcohol Prevention.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alkohol in Europa. Eine Public Health Perspektive. Ein Bericht für die Europäische Kommission.* [www document]. Verfügbar über: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_de_en.pdf [Zugriffsdatum: 04.09.2010]
- Angst J., Dobler-Mikola A. & Binder J. (1984). The Zurich Study. I: problem, methodology. *European Archives of Psychiatry & Neurological Sciences, 234*, 13-20.
- Augustin, R. & Kraus, L. (2005). Alkoholkonsum, alkoholbezogene Probleme und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht, 51*, 29-39.
- Bachmann, N., Berta, D., Eggli, P. & Hornung, R. (1999). *Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit von Studierenden.* Bern: Verlag Hans Huber.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung.* Elfte, überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.

- Baer, J. S. (2002). Student Factors: Understanding Individual Variation in College Drinking. *Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 14*, 40-53.
- Baer, J.S., Kivlahan, D.R. & Marlatt, G.A. (1995). High-risk drinking across the transition from high school to college. *Alcohol Clin Exp Res, 19*, 54-61.
- Bahr, S.J. & Hoffmann, J.P. (2010). Parenting Style, Religiosity, Peers, and Adolescent Heavy Drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71* (4), 539-543.
- Bailer, J., Stübinger, C., Dressing, H., Gass, P., Rist, F. & Kühner, C. (2009). Zur erhöhten Prävalenz des problematischen Alkoholkonsums bei Studierenden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 59* (9/10), 376-379.
- Bailer, J., Schwarz, D., Witthöft, M., Stübinger, C. & Rist, F. (2008). Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 58*, 423-429.
- Barbor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2005). *Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik*. Göttingen: Hogrefe.
- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. & Grant, M. (1992). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Barnow, S., Stopsack, M., Spitzer, C. & Freyberger, H.J. (2007). Korrelate von Alkoholwirkungserwartungen im Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36* (1), 1-10.
- Baumeister, S. (2005). *Alkoholkonsum und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland*. [www document]. Verfügbar über: http://ub-ed.uni-greifswald.de/opus/volltext/2007/327/pdf/diss_baumeister_se-bastian.pdf [Zugriffsdatum: 02.07.2009]
- Becker, M. (2009). *Experten fordern Steuererhöhungen gegen Komasaufen*. Spiegel-online. [www dokument]. Verfügbar über: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,622952,00.html> [Zugriffsdatum: 09.08.2009]
- Berk, L. E. (2005). *Entwicklungspsychologie*. 3., aktualisierte Auflage. München: Pearson.
- Birnbaum, M. H. (2004). Human research and data collection via the internet. *Annual Review of Psychology, 55*, 803-832.
- Bohleber, W. (1996). *Adoleszenz und Identität*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Brandstätter, H. & Farthofer, A. (2003). Einfluss von Erwerbstätigkeit auf den Studienerfolg. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 47*, 134-145.

Brown, S.A., Goldman, M.S., Inn, A. & Anderson, L.R. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 419-426.

Brener, N.D., McMahon, P.M., Warren, C.W. & Douglas, K.A. (1999). Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviours among female college students in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 252-259.

Brennan, A.F., Walfish, S. & AuBuchon, P. (1986). Alcohol use and abuse in college students: I. A review of individual and personality correlates. *International Journal of the Addictions*, 21, 449-474.

Brunner, S. & Bachmann, N. (1999). Psychische und physische Gesundheit im Verlauf des Studiums. In N. Bachmann, D. Berta, P. Eggli & R. Hornung (Hrsg.). *Macht Studieren krank?* Bern: Hans Huber.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2007). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem*. Berlin: BMBF.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2011). *Drogen- und Suchtbericht – Mai 2011*. Bundesministerium für Gesundheit: Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009). *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. Eine Wiederholungsbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln – Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Köln: BZgA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2007). *Ergebnisse der Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln – Kurzbericht*. Köln: BZgA.

Caetano, R. & Tam, T.W. (1995). Prevalence and correlates of DSM-IV and ICD-10 alcohol dependence: 1990 US National Alcohol Survey. *Alcohol and alcoholism*, 30 (2), 177-186.

Carter, A.C., Obremski Brandon, K. & Goldman, M.S. (2010). The College and Noncollege Experience: A Review of the Factors That Influence Drinking Behavior in Young Adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (5), 742-750.

Cashin, J.R., Presley, C.A. & Meilman, P.W. (1998). Alcohol use in the Greek system: Follow the leader? *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 63-70.

Coder, B., Meyer, C., Freyer-Adam, J. & John, U. (2009). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In DHS (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 09*. Geesthacht: Neuland.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Cooper, M. L. (2002). Alcohol Use and Risky Sexual Behavior among College Students and Youth: Evaluating the Evidence. *Journal of Studies on Alcohol, Supl. 14*, 101-117.

- Copenhaver, S. & Grauerholz, E. (1991). Sexual victimization among sorority women.: Exploring the links between sexual violence and institutional practices. *Sex Roles*, 24 (1-2), 31-41.
- Croning, C. (1997). Reasons for drinking versus outcome expectancies in the prediction of college student drinking. *Substance Use and Misuse*, 32, 1287-1311.
- Chrisholm, L. & Hurrelmann, K. (1994). Adolescence in modern Europe. Pluralized transition patterns and their implications for personal and social risk. *Journal of Adolescence*, 18, 129-158.
- Curran, P., Stice, E., & Chassin, L. (1997). The relation between adolescent alcohol use and peer alcohol use: A longitudinal random coefficients model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 130-140.
- Dawson, D.A., Li, T.K. & Grant, B.F. (2008). A prospective study of risk drinking: at risk of what? *Drug Alcohol Depend*, 95 (1-2), 62-72.
- DeSimone, J. S. (2010). *Binge Drinking and Risky Sex among College Students*. [www document] Verfügbar über: <http://www.nber.org/papers/w15953> [Zugriffsdatum: 02.08.2010]
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2011). *Jahrbuch Sucht 2011*. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2010). *Jahrbuch Sucht 2010*. Geesthacht: Neuland.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. Dritte korrigierte Auflage. Bern: Huber.
- Dowdall, G. W. & Wechsler, H. (2002). Studying College Alcohol Use: Whiten-ing the Lense, Sharpening the Focus. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement 14*, 14-22.
- Duncan, G. J., Boisjoly, J., Kremer, M., Levy, D. M. & Eccles, J. (2005). Peer Effects in Drug Use and Sex Among College Students. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (3), 375-385.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. *Science* 196, 129-137.
- Engs, R.C. & Aldo-Benson, M. (1995). The association of alcohol consumption with self-reported illness in university students. *Psychological Reports*, 76, 727-36.
- Erikson, E. H. (2000). *Identität und Lebenszyklus: Drei Aufsätze*. 18. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Europäische Union (2010). *Eurobarometer: eine überwältigende Mehrheit der Europäer befürwortet öffentliche Maßnahmen zur Verringerung alkoholbedingter Schäden*. [www document] Verfügbar über: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/10/455&format=HTML&aged=0&language=DE&guiLanguage=en> [Zugriffsdatum. 04.09.2010]

- European Commission (2007). *Special Eurobarometer 272 - Attitudes towards Alcohol*. [www document] Verfügbar über: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf [Zugriffsdatum. 04.09.2010].
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252, 1905–1907.
- Franzkowiak, P. (1996). Risikokompetenz – Eine neue Leitorientierung für die primäre Suchtprävention? *Neue Praxis*, 26 (5), 409–425.
- Fischer, L. & Minks, K.-H. (2008). Acht Jahre nach Bologna – Professoren ziehen Bilanz. Ergebnisse einer Befragung von Hochschullehrern des Maschinenbaus und der Elektrotechnik. *HIS: Forum Hochschule*, 3, 1-130.
- Fisher, B.S., Sloan, J.J., Cullen, F.T. & Turner, M.G. (2000). *The Sexual Victimization of College Women*. Washington: Department of Justice.
- Flögel, T. (2005). *Hochschulpsychiatrie*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Freyberger, H. J. & Stieglitz, R. D. (Hrsg.). (2002). *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, psychosomatische Medizin* (11. vollst. & erw. Auflage). Basel: Karger.
- Gastpar, M., Mann, K., Rommespacher, H. (Hrsg.) (1999). *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme
- Gaertner, B., Freyer-Adam, J. Meyer, C. & John, U. (2011). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In DHS (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 11*. Geesthacht: Neuland.
- Gemeinhardt, B. (2005). *Die Funktionalität der Alkoholkrankheit auf dem Hintergrund mehrgenerationaler familiärer Muster*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Hamburg.
- George, W.H. & Norris, J. (1991). Alcohol disinhibition, sexual arousal, and deviant sexual behavior. *Alcohol Health & Research World*, 15, 133-138.
- Giancola, P. R. (2002). Alcohol-Related Aggression during the College Years: Theories, Risk Factors and Policy Implications. *Journal of Studies on Alcohol, Supl. 14*, 129-139.
- Gmel, G, Rehm, J. & Frick, U. (2003). Trinkmuster, Pro-Kopf-Konsum von Alkohol und koronarer Mortalität. *Sucht*, 49 (2), 105-116.
- Greve, W. (2000). Das erwachsene Selbst. In W. Greve (Hrsg.). *Psychologie des Selbst*. Weinheim: Beltz.
- Haden, T.L. & Edmundson, E.W. (1991). Personal and social motivations as predictors of substance use and alcohol-related problems among college students. *Journal of Drug Education*, 21, 303-312.
- Hammerschmidt, C. & Heine, N. (2008). *Ergo bibamus! Alkoholkonsum von Studierenden*. Saarbrücken: VDM.

- Hanke, M. & John, U. (2003). Tabak- oder alkohol-attributable stationäre Behandlungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 128, S. 1387-1390).
- Harrington, N.T. & Leitenberg, H. (1994). Relationship between alcohol consumption and victim behaviours immediately preceding sexual aggression by an acquaintance. *Viol. Vict.*, 9, 315-324.
- Heine, C., Quast, H. & Spangenberg, H. (2008). *Studiengebühren aus der Sicht von Studienberechtigten. Finanzierung und Auswirkungen auf Studienpläne und -strategien*. HIS: Forum Hochschule. [www-document]. Verfügbar über <http://www.stura.tu-chemnitz.de/doc/Studienberechtigte0506.pdf> [Zugriffsdatum: 29.08.2010].
- Heine, C., Spangenberg, H. & Sommer, D. (2006). Bachelor-Studiengänge aus Sicht studienberechtigter SchulabgängerInnen. Akzeptanz und Auswirkungen auf die Studierbereitschaft. *HIS:Forum Hochschule*, 4, 1-74.
- Heine, N. (2011). „... ist es das Studentenleben, weil's von lauter Lust umgeben?“ - *Psychische Belastungen von Studierenden*. Unveröffentlichte Dissertation. Technische Universität Braunschweig.
- Helmer, S., Mikolajczyk, R., Meier, S. & Krämer, A. (2010). Drogenkonsum von Studierenden – Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. *Public Health Forum*, 18, (2), 21.e1-21.e3.
- Hetze, P. (2011). *Nachhaltige Hochschulstrategien für mehr MINT-Absolventen*. Essen: Verwaltungsgesellschaft für Wissenschaftspflege.
- Heublein, U., Hutzsch, C., Schreiber, J., Sommer, D. & Besuch, G. (2009). *Ursachen des Studienabbruchs in Bachelor- und in herkömmlichen Studiengängen. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Exmatrikulierten des Studienjahres 2007/08*. Hannover: HIS.
- Hingson, R. W., Heeren, T., Zakocs, R. C., Kopstein, A. & Wechsler, H. (2002). Magnitude of Alcohol-Related Mortality and Morbidity among U.S. College Students Ages 18-24. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 136-144.
- Hinckers, A., Laucht, M., Heinz, A. & Schmidt, M.H. (2005). Alkoholkonsum in der Adoleszenz – soziale und individuelle Einflussfaktoren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33 (4), 2005, 273-284.
- Hofer, M. & Pikowsky, B. (2002). Familie mit Jugendlichen. In M. Hofer, E. Wild & P. Noack (Hrsg.). *Lehrbuch Familienbeziehungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hollweg, P., Mayer, K.-M., Reinke-Nobbe, H. & Plewnia, U. (2010). Angst um die Flaschenkinder. *Focus*, 7, 42-51.
- Holm-Hadulla, R. M., Hofmann, F.-H., Sperth, M. & Funke, J. (2009). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. Vergleich von Feldstichproben mit Klienten und Patienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Psychotherapeut*, 54, 346-356.

- Holm-Hadulla, R. (1994). Psychotherapeutische Beratung und Behandlung von Studierenden im Rahmen der psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 44, 15-21.
- Holm-Hadulla, R. & Soeder, U. (1997). Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47, 419-425.
- van Hoof, J.J., van der Lely, N., Pereira, R.R. & van Dalen, W.E. (2010). Adolescent Alcohol Intoxication in the Dutch Hospital Departments of Pediatrics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (3), 366-372.
- Hornung, R. (1999). Leben an der Hochschule: eine Einführung in den Problem- und Forschungsbereich. In N. Bachmann, D. Berta, P. Eggli & R. Hornung (Hrsg.). *Macht Studieren krank?* Bern: Hans Huber.
- Hornung, R. & Fabian, C. (2001). Belastungen und Ressourcen im Studium. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jacobs, B. (2005). *Einführung in die Versuchsplanung*. [www document] verfügbar über: <http://www.phil.uni-sb.de/~jakobs/seminar/vpl/index.htm> [Zugriffsdatum: 19.06.2011]
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., & Bachman, J.G. (2000). *National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future study, 1975-1999, Vol. 2*. Bethesda: National Institute on Drug Abuse.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. & Schulenberg, J.E. (2009). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2008 Volume II: College Students and Adults Ages 19-50*. Bethesda: National Institute on Drug Abuse.
- Kannopka, A. & König, H.H. (2007). Direct and indirect costs attributable to alcohol consumption in Germany. *Pharmacoconomics*, 25, 605-618.
- Kapusta, N., Matterey, S. & Walter, H. (2004). Diagnose und Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten ist Standard geworden. *Psychiatrie*, 2, 9-16.
- Khaylis, A., Trockel, M. & Taylor, C. B. (2009). Binge drinking in women at risk for developing eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 5, 409-414.
- Kemper, U. (2008). Der Suchtbegriff – Versuch einer Annäherung. In DHS (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 08*. Geesthacht: Neuland.
- Kendell, R.E. (1987). Drinking sensibly. *British Journal of Addiction*, 82 (12), 1279-1288.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.

- Keniston, K. (1968). *Young radicals*. New York: Harcourt.
- Klein, M. (2005). Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie*, 2 (3), 118-124.
- Klein, M. (2002). Der Einstieg in den Konsum psychotroper Substanzen am Beispiel von Tabak und Alkohol: Ergebnisse einer epidemiologischen kinder- und jugendpsychologischen Studie. In G. Richter, H. Rommelspacher & C. Spies (Hrsg.), „Alkohol, Nikotin, Kokain ... und kein Ende?“ *Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts* (S. 283-289). Lengerich: Pabst.
- Klein, H. (1989). Helping the college student problem drinker. *Journal of College Student Development*, 30, 323-331.
- Krampen, G. & Reichle, B. (2002). Frühes Erwachsenenalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Kraus, L., Augustin, R. & Orth, B. (2005). Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg. Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51, Sonderheft 1.
- Kraus, L. & Augustin, R. (2005). Konzeption und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2003. *Sucht*, 51, 6-18.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*, 44, Sonderheft 1.
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D. & Müller, S. (2010). Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen - Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 1995–2009. *Sucht*, 56 (5). 337-347.
- Kraus, L. & Pabst, A. (2010). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *Sucht*, 56 (5), 315-326.
- Kraus, L. & Baumeister, S. E. (2008). Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurvey 2006. *Sucht*, 54 (Sonderheft 1), S6-S15.
- Kraus, L., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. Und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen*. München: IFT.
- Kraus, L., Rösner, S., Baumeister, S., Pabst, A. & Steiner, S. (2008). *Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin*. München: IFT.
- Krüger, H. J., Steinmann, I., Stetefeld, G., Polkowski, & Haland-Wirth, T. (1986). *Studium und Krise. Eine empirische Untersuchung über studentische Belastungen und Probleme*. Frankfurt am Main: Campus.

- Krüger, J. (1969). Die sozialen Bestimmungsgründe der studentischen Universitätskritik. In H.-U. Ziolko (Hrsg.). *Psychische Störungen bei Studenten*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G. & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841–861.
- Kurth, R. A., Klier, S., Pokorny, D., Jurkat, H. B. & Reimer (2007). Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudenten. *Psychotherapeut*, 52, 355–361.
- Laufer, M. (1988). Zusammenbruch der Entwicklung im Adoleszenzalter und Ziele der therapeutischen Behandlung. In: D. Bürgin (Hrsg.) *Beziehungskrisen in der Adoleszenz*. Bern: Huber.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2001). Spätadoleszenz – Ein biographischer Kristallisationspunkt? Versuch einer pluralistischen, modellzentrierten Annäherung an spätadoleszente Entwicklungsprozesse. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lieb, R. & Isensee, B. (2007). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.) *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Bern: Huber.
- Lieb, R., Isensee, B., von Sydow, K. & Wittchen, H.-U. (2000). The Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP): a methodological update. *European Addiction Research* 6 (4), 170-182.
- Lindenmeyer, J. (2005) *Alkoholabhängigkeit*. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Lo, C.C. & Globetti, G.A. (1993). A partial analysis of the campus influence on drinking behavior: Students who enter college as nondrinkers. *Journal of Drug Issues*, 23, 715-725.
- Males, M. (2010). Traffic Crash Victimization of Children and Teenagers by Drinking Drivers Age 21 and Older. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (3), 351-356.
- McCauley, J., Calhoun, K. & Gidycz, C. (2010). Binge Drinking and Rape: A Prospective Examination of College Women With a History of Previous Sexual Victimization. *Journal of Interpersonal Violence*. [www document]. verfügbar über: <http://jiv.sagepub.com/content/early/2010/01/12/0886260509354580.abstract> [Zugriffsdatum: 02.08.2010]
- Mefert-Diete, C. (2011). Daten, Zahlen und Fakten. In DHS (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 11*. Geesthacht: Neuland.
- Mefert-Diete, C. (2009). Daten, Zahlen, Fakten. In DHS (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 09*. Geesthacht: Neuland.
- Meyer, C. & John, U. (2008). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In DHS (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 08*. Geesthacht: Neuland.

Mitka, M. (2009). College Binge Drinking Still on the Rise. *The Journal of the American Medical Association*, 302 (8), 836-837.

Neumann, T., Neuner, B., Weiss-Gerlach, E., Tonnesen, H., Gentilello, L.M., Wernecke, K.D., Schmidt, K., Schroder, T., Wauer, H., Heinz, A., Mann, K., Muller, J.M., Haas, N., Kox, W.J., Spies, C.D. (2006). The Effect of Computerized Tailored Brief Advice on At-risk Drinking in Subcritically Injured Trauma Patients. *Journal of Trauma*, 61(4), 805-814.

Nusko, M. (2001). Verlängerte Adoleszenzkrise. Rekonstruktion eines Therapieverlaufs. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

O'Hare, T.M. (1990). Drinking in college. Consumption patterns, problems, sex differences and legal drinking age. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 536-541.

O'Malley, P.M. & Johnston, L.D. (2002). Epidemiology of Alcohol and Other Drug Use among American College Students. *Journal of Studies on Alcohol, Suppl.* 14, 23-39.

Ott, F. (2009). *Psychoanalytiker Richter – „Der moderne Kapitalismus ist krank“*. [www document]. Verfügbar über: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/0,1518,643304,00.html> [Zugriffsdatum: 08.08.2011].

Pabst, A., Piontek, D., Kraus, L. & Müller, S. (2010). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. *SUCHT*, 56 (5), 327-336.

Pabst, A., Kraus, L., Piontek, D. & Müller, S. (2010). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. Zusatzauswertungen zum Alkoholkonsum: Alters-, Perioden- und Kohorteneffekte im Alkoholkonsum nach Geschlecht*. [www document]. Verfügbar unter: <http://www.ift.de/index.php?id=408>.

Pabst, A. & Kraus, L. (2008) Alkoholkonsum, alkoholbezogene Störungen und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. *Sucht*, 54, 36-46.

Pedersen, E.R., Neighbors, C. & Larimer, M.E. (2010). Differential Alcohol Expectancies Based on Type of Alcoholic Beverage Consumed. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (6), 925-929.

Paeßens, D. (2004). *Komorbidität bei Studierenden: Eine empirische Analyse zu problematischem Substanzkonsum und psychischen Störungen im Studium*. [www document]. Verfügbar über: <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2005/531/pdf/DPaessens.pdf> [Zugriffsdatum: 30.07.2008].

Papastefanou, C. & Buhl, H. M. (2002). Familie mit Kindern im frühen Erwachsenenalter. In M. Hofer, E. Wild & P. Noack. *Lehrbuch Familienbeziehungen*. Göttingen: Hogrefe.

Pascarella, E.T. & Terenzini, P.T. (1991). *How college affects students*. San Francisco: Josey-Bass.

Pauly, A. (2004). *Lustig ist das Studentenleben – Suchtverhalten im Studium*. [www document]. Verfügbar über: <http://kups-ub.uni-koeln.de/volltexte/2005/1352/pdf/DissertationPauly.pdf> [Zugriffsdatum: 03.07.2007]

- Perkins, H. W. (2002). Surveying the Damage: A Review of Research on Consequences of Alcohol Misuse in College Populations. *Journal of Studies on Alcohol, Supl. 14*, 91-100.
- Phillips, R. (2001). *Die große Geschichte des Weins*. Frankfurt: Campus.
- Presley, C. A., Meilman, P. W., & Leichter, J. S. (2002). College Factors That Influence Drinking. *Journal of Studies on Alcohol, Supl. 14*, 82-90.
- Presley, C.A., Meilman, P.W., Cashin, J.R. & Leichter, J.S. (1997). *Alcohol and Drugs on American College Campuses: Issues of Violence and Harassment*. Carbondale: Southern Illinois University at Carbondale.
- Presley, C.A., Meilman, P.W. & Cashin, J.R. (1996). *Alcohol and Drugs on American College Campuses: Use, Consequences, and Perceptions of the Campus Environment, Volume IV; 1992-94*. Carbondale: Southern Illinois University at Carbondale.
- Presley, C. A., Meilman, P. W., & Lyster, R. (1993). *Alcohol and Drug Use among Residents of Greek Houses. Discoveries: A Bulletin of the Core Institute*. Carbondale: Southern Illinois University at Carbondale.
- Preuss-Lausitz, U. (1969). Soziologische Aspekte psychischer Belastungen bei Studienanfängern und Folgerungen für eine psychoanalytisch orientierte Hochschul-Psychiatrie. In H.-U. Ziolko (Hrsg.). *Psychische Störungen bei Studenten*. Stuttgart: Thieme.
- Read, J. P., Wood, M. D., Davidoff, O. J., McLacken, J. & Campbell, J. F. (2002). Making the Transition From High School to College: The Role of Alcohol-Related Social Influence Factors in Students' Drinking. *Substance Abuse, 23* (1), 53-65.
- Reemtsma-Begabtenförderungswerk (2010). *Allensbachstudie – Großer Bedarf, wenig Förderung. Studienfinanzierung 2010*. [www document]. Verfügbar über: <http://www.begabtenfoerderungswerk.de/studie/downloads/file/1-reemtsma-allensbachstudie-2010>.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association, 264*, 2511-2518.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G. & Sempos, C. T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction, 98*, 1209-1228.
- Reifman, A., Barnes, G., Dintcheff, B., Farrell, M., & Uhteg, L. (1998). Parental and peer influences on the onset of heavier drinking among adolescents. *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 311-318.
- Reis, O., Pape, M. & Häßler, F. (2009). Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens. *Sucht, 55*, 347-356.

- Reis, O. (1997). *Risiken und Ressourcen für die Persönlichkeitsentwicklung im Übergang zum Erwachsenenalter*. Weinheim: Beltz.
- Rist, F., Demmel, R. Hapke, U., Kremer, G. & Rumpf, H.-J. (2004). Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. Leitlinien der AWMF. *Sucht*, 50 (2), 102-112.
- Robert-Koch-Institut (2010) (Hrsg.). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. Berlin: RKI.
- Robert Koch Institut (2006). *Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365 (9458), 519-530.
- Rudolf, M. & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H. Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheurich, A. & Brokate, B. (2009). *Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Neuropsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schnitzer, K., Isserstedt, W. & Middendorf, E. (2001). *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2000. 16. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, durchgeführt von HIS. Hochschulinformationssystem*. Bonn: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Schmidt, L. (1997). *Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Definition – Ursachen – Folgen – Behandlung – Prävention*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schuckit, M.A., Hesselbrock, V., Tipp, J., Anthenelli, R., Buchholz, K. & Radziminski, S. (1994). A comparison of DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subjects in the COGA study. *Addiction*, 89 (12), 1629–1638.
- Schulz, W. (2004). *Skript Klinische Psychologie I. Braunschweig*. [www document]. Verfügbar über: <http://www-public.tu-bs.de:8080/%7Eweschulz/LV-Uebersichten/klinische/SkriptTeil1.pdf> [Zugriffsdatum: 01.07.2007]
- Schwentker, B. (2007). *Wir Säufer*. [www dokument]. Verfügbar über: <http://www.zeit.de/online/2007/14/alkoholmissbrauch> [Zugriffsdatum: 05.07.2007]
- Scribner, R.A., Mason, K.E., Simonsen, N.R., Theall, K., Chotalia, J., Johnson, S., Kessel Schneider, S. & DeJong, W. (2010). An Ecological Analysis of Alcohol-Outlet Density and Campus-Reported Violence at 32 U.S. Colleges. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71 (2), 184-191.

- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Person.
- Seiffge-Krenke, J. (1994). Gesundheitspsychologie: Die entwicklungspsychologische Perspektive. In: P. Schwenkmezger & L.R. Schmidt (Hrsg.) *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Enke.
- Seitz, H.K., Bühringer, G. & Mann, K. (2008). Grenzwerte für den Konsum alkoholischer Getränke: Empfehlung des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS. In Deutsche Hautstelle für Suchtfragen (Hrsg.) *Jahrbuch Sucht 2008*. DHS: Geesthacht.
- Seliger, K. & Brähler, E. (2007). Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin. Eine empirische Untersuchung. *Psychotherapeut*, 52, 280-286.
- Silbereisen, R. K. (1998). Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.) *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. 4. Auflage. Weinheim: Beltz-PVU.
- Simon, R., Tauscher, M. & Pfeiffer, T. (1999). *Suchtbericht Deutschland 1999*. Hohengehren: Schneider.
- Singer, M. V., Teyssen (Hrsg.) (2002). *Kompandium Alkohol. Folgekrankheiten, Klinik, Diagnostik, Therapie*. Berlin: Springer.
- Soeder, U., Bastine, R. & Holm-Hadulla, R. (2001). Empirische Befunde zu psychischen Beeinträchtigungen von Studierenden. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.) *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Spahn, C. & Zander, M. (2005). Gesundheitliches Befinden sowie Einstellung zu Studium und Gesundheit von Medizin-, Psychologie-, Musik- und Sportstudenten bei Studienbeginn. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 153.
- Spiegel Online (2009a). *Alkoholexzesse. Zwei Kinder trinken sich klinikreif*. [www document] Verfügbar über <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/0,1518,629775,00.html> [Zugriffsdatum: 30.08.2009]
- Spiegel Online (2009b). *4,9 Promille: Jugendlicher trinkt sich ins Koma* [www document]. Verfügbar über: <http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/0,1518,626767,00.html> [Zugriffsdatum: 27.08.2009].
- Spiegel Online (2007). *Komasaufen in Berlin – Schüler nach Alkoholexzess gestorben* [www document]. Verfügbar über: <http://www.spiegel.de/panorama/0,1518,474617,00.html> [Zugriffsdatum: 05.07.2007]
- Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D. & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 5, 1041–1053.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Diagnose Alkohol: Anzahl junger Patienten weiterhin hoch – Zahl der Woche Nr. 004 vom 29.01.2008*. [www document]. Verfügbar über:

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/zd w/2008/PD08__004__p002.psml [Zugriffsdatum: 04.09.2010].

Statistisches Bundesamt (2007a). *Diagnose Alkohol: Starker Anstieg junger Krankenhauspatienten - Pressemitteilung Nr.240 vom 13.06.2007*. [www document]. Verfügbar über: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/06/PD07__240__231.psml [Zugriffsdatum: 04.09.2010].

Statistisches Bundesamt (2007b). *Geburten und Kinderlosigkeit in Deutschland. Ergebnisse der Sondererhebung 2006*. [www document]. Verfügbar über: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Content75/GeburtenKinderlosigkeitDeutschland,property=file.pdf> [Zugriffsdatum: 23.06.2011].

Stauber, B. (2010). Rauschtrinken – ein jugendkulturelles Phänomen. *Public Health Forum*, 18, (2), 11.e1-11.e3.

Steinvorth, D. (2009). *Tod durch gepanschten Alkohol - „Dann ist allen schlecht geworden“*. [www document] Verfügbar über <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/0,1518,616883,00.html> [Zugriffsdatum: 30.08.2009]

Steward, A.J., Sokol, M., Healy, J.M., Chester, N.L. & Weinstock-Savoy, D. (1982). Adaption to life changes in children and adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1270-1281.

Stimmer, Franz (Hrsg.) (2000). *Suchtlexikon*. München: Oldenbourg.

Stock, C., Mikolajczyk, R., Bloomfield, K., Maxwell, A.E., Ozcebe, H., Petkeviciene, J., Naydenova, V., Marin-Fernandez, B., El-Ansari, W. & Krämer, A. (2009). Alcohol consumption and attitudes towards banning alcohol sales on campus among European university students, *Public Health*, 123, 22–129.

Substance Abuse & Mental Health Services Administration (2006). *National Survey on Drug Use and Health* [www document]. Verfügbar über: <http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm> [Zugriffsdatum: 31.07.2009]

Substance Abuse & Mental Health Services Administration (2007). *Binge Drinking in Adolescents and College Students* [www document]. Verfügbar über: <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/rpo995/#res7> [Zugriffsdatum: 30.07.2009]

Stumpp, G., Straub, B., Reinl, H. (2009). *Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Substance Abuse & Mental Health Services Administration (2006). *National Survey on Drug Use and Health* [www document]. Verfügbar über: <http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm> [Zugriffsdatum: 17.07.2009]

- Substance Abuse & Mental Health Services Administration (2007). *Binge Drinking in Adolescents and College Students* [www document]. Verfügbar über: <http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/rpo995/#res7> [Zugriffsdatum: 30.07.2009]
- Teuwsen, E. (2001). Spätadoleszente Reifungskrisen. In R. M. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Thielsch, T. & Weltzin, S. (2009). Online-Befragung in der Praxis. In T. Brandenburg & T. Thielsch (Hrsg.) *Praxis der Wirtschaftspsychologie*. Münster: MV Wissenschaft.
- TK-Online (2010). *Alkoholvergiftungen unter Jugendlichen steigen um 50 Prozent*. [www document]. Verfügbar über: <http://www.tk.de/tk/nordrhein-westfalen/pressemitteilungen-2011/pressemitteilungen-2010/219450> [Zugriffsdatum: 25.06.2011]
- TK-Online (2007). *Alkoholkonsum Jugendlicher* [www document]. Verfügbar über: <http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/X0-Globals/special/SearchResultFragment.html> [Zugriffsdatum: 05.07.2007]
- Universität Bielefeld (1997). *Ursachen für jugendlichen Drogenkonsum*. Verfügbar über: <http://www.uni-bielefeld.de/SFB227/pieper/ursache.htm> [Zugriffsdatum: 02.07.2007]
- Valliant, P.M. & Scanlan, P. (1996). Personality, living arrangement, and alcohol use by first year university students. *Social Behavior & Personality*, 24, 151-156.
- Vorndran, I. (2009). Unfallentwicklung auf deutschen Straßen 2008. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.) *Wirtschaft und Statistik*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Webb, E., Ashton, C. H., Kelley, P. & Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in UK university students. *The Lancet*, 348, 922-925.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., Seibring, M., Nelson, T. F. & Lee, H. (2002). Trends in College Binge Drinking During a Period of Increased Prevention Efforts – Findings From 4 Harvard School of Public Health College Alcohol Study Surveys: 1993-2001. *Journal of American College Health*, 50 (5), 203-217.
- Wechsler, H. (2001). *Binge Drinking on America's College Campuses: Findings from the Harvard School of Public Health College Alcohol Study*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Wechsler, H., Lee, J., Kuo, M., & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: A continuing problem. *Journal of American College Health*, 48, 199-210.
- Wechsler, H. & Kuo, M. (2000). College Students Define Binge Drinking and Estimate Its Prevalence: Results of a National Survey. *Journal of American College Health*, 49, 57-64.
- Wechsler, H., Molnar, B.E., Davenport, A.E. & Baer, J.S. (1999). College alcohol use: A full or empty glass? *Journal of American College Health*, 47, 247-252.
- Wechsler, H., Dowdall, G.W., Davenport, A. & Costillo, S. (1995). Correlates of college student binge drinking. *American Journal of College Health*, 85, 921-926.

Wechsler, H., Isaac, N., Grodstein, F. & Sellers, D.E. (1994a). Continuation and initiation of alcohol use from the first to the second year of college. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 41–45.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B. & Castillo, S. (1994b). Health and behavioural consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1672-1677.

Welt Online (2007). *Alkohol-Studie. Junge Europäer trinken seltener, aber viel*. [www document] verfügbar über:
http://www.welt.de/wissenschaft/article837499/Junge_Europaeer_trinken_seltener_aber_viel.html [Zugriffsdatum: 02.08.2010]

Werner, M.J., Walker, L.S. & Greene, J.W. (1995). Relation of alcohol expectancies to change in problem drinking among college students. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 149, 733-739.

Werner, M.J. & Greene, J.W. (1992). Problem drinking among college freshmen. *Journal of Adolescent Health*, 13, 487-492.

Wicki, M., Kutsche, E. & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35 (11), 913-924.

Wiarda, J.-M. (2003). *Lernziel Vollrausch* [www document]. Verfügbar über:
<http://www.zeit.de/2003/04/C-Bier-Studenten> [Zugriffsdatum: 06.07.2009]

Wurdak, M., Dörfler, T., Eberhard, M. & Wolstein, J. (2010). Tagebuchstudie zu Trinkmotiven, Affektivität und Alkoholkonsum bei Jugendlichen. *Sucht*, 56, 175-182.

Zick, J. (2010). „Freunde, trinkt in vollen Zügen“ – Alkoholkonsum von Verbindungsstudenten. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, TU Braunschweig.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

8. ANHANG

ONLINE FRAGEBOGEN

1.1

Liebe Studierende,

In dieser Befragung soll die psychische Belastung Studierender sowie das Konsumverhalten von Alkohol, Zigaretten und anderer Drogen untersucht werden. Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten die nachfolgenden Fragen vollständig und ehrlich zu beantworten. Sie können bei den Antworten nichts "falsch" machen, da es lediglich darauf ankommt, dass die Antworten wahrheitsgetreu sind. Dafür, dass Sie bereit erklären, an der Untersuchung teilzunehmen, schon einmal vielen herzlichen Dank. Sie können am Ende des Fragebogens auch am "Gewinnspiel" teilnehmen und haben so die Möglichkeit, 50, 20 oder 10€ zu gewinnen - sozusagen als Dankeschön für Ihre Teilnahme. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt, anonymisiert ausgewertet und veröffentlicht, nach Beendigung der Dissertation gelöscht sowie nicht an Dritte weitergegeben.

Sollten Sie Fragen oder Anmerkungen haben, können Sie uns gern mailen. Sie erreichen uns unter folgenden E-Mail-Adressen:

c.hammerschmidt@tu-bs.de • n.heine@tu-bs.de

Vielen Dank!

Dipl.-Psych. Christian Hammerschmidt • Dipl.-Psych. Nora Heine

TU Braunschweig

Institut für Psychologie

Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik

Tel.: 0531/391-3495

2.1 Demographische Daten

2.2 Geschlecht

	männlich	weiblich
v1 Geschlecht	1	2

2.3 Alter

	Alter
v2 Alter	<i>Eingabe</i>

2.4 Kinder

	nein	ja	Anzahl
v3 Haben Sie Kinder?	0	1	<i>Eingabe</i>

2.5 Partnerschaft

	Ich hatte noch nie eine feste Partnerschaft		Ich habe derzeit keinen Partner/Partnerin		Ich habe wechselnde Partnerschaften		Ich lebe in fester Partnerschaft seit (in Monaten)	
v4 Partnerschaft	0	1	0	1	0	1	0	1

2.6 Wohnung

	bei meinen Eltern		in eigener Wohnung, im Haus der Eltern		in einer WG		im Studentenwohnheim		in eigener Wohnung		im eigenen Haus		Sonstiges (bitte eintragen)
v5 Wo wohnen Sie?	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	<i>Eingabe</i>

2.7 Hochschule

	TU Braunschweig		HBK Braunschweig		FH Braunschweig Wolfenbüttel		andere
v6 An welcher Hochschule studieren Sie?	0	1	0	1	0	1	<i>Eingabe</i>

2.8 Abschluss

v7 Angestrebter/nächst erreichbarer Studienabschluss		
	Vordiplom (Ende Grundstudium)	1
	Diplom	2
	Magisterzwischenprüfung (Ende Grundstudium)	3
	Magister	4
	Staatsexamenszwischenprüfung (Ende Grundstudium)	5
	Staatsexamen	6
	Bachelor	7
	Master	8
	Promotion	9

2.9 Fächerkombination

	Hauptfach	ggf. Nebenfach (1)	ggf. Nebenfach (2)
v8 Studienfach/ Studienfächer	<i>Eingabe</i>	<i>Eingabe</i>	<i>Eingabe</i>

2.10 Wechsel

	nein	ja	Bitte Anzahl der Wechsel eintragen
v9 Haben Sie schon einmal den Studiengang gewechselt?	0	1	<i>Eingabe</i>

2.11 Grund für den Wechsel des Studiengangs

v10 Was war der Grund für den Studiengangwechsel?	<i>Eingabe</i>
---	----------------

2.12 Verbindung

	nein	ja	Burschenschaft/ Corporation		ja – kirchliche Verbindung		ja – andere (bitte Art der Verbindung eintragen)
v11 Sind Sie Mitglied in einer studentischen Verbindung?	0	1	0	1	0	1	<i>Eingabe</i>

Alkohol

3.1 Zunächst geht es um Ihren Alkoholkonsum

3.2 CAGE

		ja	nein
v12	Hatten Sie einmal das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?	1	0
v13	Hatten Sie jemand einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholtrinkens ärgerlich gemacht?	1	0
v14	Haben Sie sich wegen Ihres Alkoholtrinkens einmal schlecht oder schuldig gefühlt?	1	0
v15	Haben Sie einmal morgens als erstes Alkohol getrunken, um nervlich wieder ins Gleichgewicht zu kommen oder einen Kater loszuwerden?	1	0

3.3 Verletzungen

		nein	ja, aber nicht während der letzten 12 Monate	ja, während der letzten 12 Monate
v16	Haben Sie sich schon einmal verletzt, weil Sie zu viel getrunken hatten? Oder ist jemand anderes schon einmal verletzt worden, weil Sie zu viel getrunken hatten?	0	1	2
v17	Haben Sie sich unter Alkoholeinfluss schon einmal so verletzt, dass Sie sich im Krankenhaus oder beim Notdienst behandeln lassen mussten?	0	1	2

3.4 Veränderungen seit Beginn des Studiums

	... deutlich weniger Alkohol als zuvor	... ein bisschen weniger Alkohol als zuvor	... genauso viel Alkohol wie zuvor	... ein bisschen mehr Alkohol als zuvor	... deutlich mehr Alkohol als zuvor
v18 Ich trinke seit Beginn meines Studiums ...	1	2	3	4	5
	<i>Sprung zu 5.1</i>	<i>Sprung zu 5.1</i>	<i>Sprung zu 6.1</i>	<i>Sprung zu 4.1</i>	<i>Sprung zu 4.1</i>

4.1 Ich trinke seit Beginn meines Studiums mehr Alkohol, weil (mehrere Antworten sind möglich)

Mehr Alkohol, weil ...		nein	ja
v19	... ich mit Alkohol am besten den Stress im Studium vergessen kann.	0	1
v20	... mir jetzt mehr Geld zum Ausgeben zur Verfügung steht.	0	1
v21	... ich jetzt mehr Zeit habe wegzugehen und mich mit Freunden zu treffen.	0	1
v22	... es bei Treffen mit meinen Kommilitonen „dazu gehört“ Alkohol zu trinken.	0	1
v23	... ich mit Alkohol am besten abschalten kann.	0	1
v24	Sonstiges	<i>Eingabe</i>	

5.1 Ich trinke seit Beginn meines Studiums weniger, weil ... (mehrere Antworten sind möglich)

Weniger Alkohol, weil ...		nein	ja
v26	... ich im Lernstressfast keine Freizeit mehr habe.	0	1
v27	... mir jetzt weniger Geld zur Verfügung steht als vorher.	0	1
v28	... ich jetzt weniger/keine Zeit habe wegzugehen und mich mit Freunden zu treffen.	0	1
v29	... ich mich auf mein Studium konzentrieren will.	0	1
v30	... mich Alkohol beim Verwirklichen meiner Ziele behindert.		
v31	... ich jetzt in einer festen Partnerschaft lebe.		
v32	... mein neuer Freundeskreis an der Uni weniger Alkohol trinkt.	0	1
v33	Sonstiges	<i>Eingabe</i>	

6 Letzter Alkohol-Genuss

6.1 Wann haben Sie zuletzt alkoholische Getränke – also Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen (Schnaps, Likör, Mixgetränke) – getrunken?

6.2 Letzter Alkohol-Genuss

	heute		gestern		vorgestern		länger her (bitte in Tagen ange- ben)	ich habe noch nie Alkohol ge- trunken	
v35 letzter Alkoholgenuss	0	1	0	1	0	1	<i>Eingabe</i>	0	1

6.3 Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken: An wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken?

v36 Bier	Tage
Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken: An wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken?	an 0 Tagen
	an 1 Tag
	an 2 Tagen
	an 3 Tagen
	an 4 Tagen
	.
	.
	.
	an 28 Tagen
	an 29 Tagen
	an 30 Tagen

v37 Wein/Sekt	Tage
Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken: An wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken?	an 0 Tagen
	an 1 Tag
	an 2 Tagen
	an 3 Tagen
	an 4 Tagen
	.
	.
	.
	an 28 Tagen
	an 29 Tagen
	an 30 Tagen

v38 Spirituosen (z.B. Schnaps, Likör, Mixgetränke)	Tage
Wenn Sie an die letzten 30 Tage denken: An wie vielen Tagen haben Sie Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen getrunken?	an 0 Tagen
	an 1 Tag
	an 2 Tagen
	an 3 Tagen
	an 4 Tagen
	.
	.
	.
	an 28 Tagen
	an 29 Tagen
	an 30 Tagen

6.5 Wieder bezogen auf die letzten 30 Tage: An so einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken, wie viel Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen (Schnaps, Likör, Mixgetränke) trinken Sie dann im Durchschnitt?

6.6 Anzahl Bier

	Anzahl kleiner Gläser (0,2 – 0,33 Liter)	Anzahl großer Gläser (0,4 – 0,5 Liter)	kein Glas	
v39 Anzahl Bier	<i>Eingabe</i>	<i>Eingabe</i>	0	1

6.7 Anzahl Wein/Sekt

	Anzahl kleiner Gläser (0,2 – 0,25 Liter)	kein Glas	
v40 Anzahl Wein/Sekt	<i>Eingabe</i>	0	1

6.8 Anzahl Spirituosen (Schnaps, Likör, Mixgetränke)

	Anzahl kleiner Gläser (2cl)	Anzahl großer Gläser (4cl)	kein Glas	
v41 Anzahl Spirituosen	<i>Eingabe</i>	<i>Eingabe</i>	0	1

7 Binge-Drinking

7.1 Binge-Drinking

	an ... Tagen (bitte Anzahl eintragen)	ich habe an keinem Tag 5 oder mehr Gläser getrunken	
v42 Es geht noch einmal um die letzten 30 Tage. An wie vielen Tagen haben Sie 5 oder mehr Gläser, egal ob Bier, Wein/Sekt oder Spirituosen, getrunken?	<i>Eingabe</i>	0	1

7.2 Betrunkensein

	ja	nein
v43 Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?	1	2

7.3 Betrunkene im letzten Jahr

	... mal (bitte Anzahl eintragen)	überhaupt nicht	
v44 Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken?	<i>Eingabe</i>	0	1

8 Rauchen

8.1

	Raucher		Ex-Raucher (seit ... Monaten bitte angeben)	Gelegenheits- raucher		Nichtraucher	
v45 Ich bin ...	0	1	<i>Eingabe</i>	0	1	0	1

8.2 Drogen?

	ja	nein
v46 Konsumieren Sie Drogen?	1	2
	<i>Sprung zu 9.1</i>	<i>Sprung zu 10</i>

9 Drogen

9.1 Drogen

		ja	nein
V47	Cannabis (z.B. Haschisch, Marihuana)	1	0
V48	Tranquilizer („Beruhigungsmittel“, z.B. Benzodiazepine)	1	0
V49	Stimulanzien („Aufputschmittel“, z.B. Amphetamine)	1	0
v50	Halluzinogene (z.B. LSD)	1	0
v51	Ecstasy	1	0
v52	Kokain	1	0
v53	Opiate (z.B. Heroin, Crack)	1	0
v54	andere	1	0

9.2 Drogen Frequenz

	häufig	gelegentlich	selten	sehr selten
v55 Wie häufig konsumieren Sie Drogen?	1	2	3	4

10 HADS und Gesundheit

10.1 Im Folgenden würden wir Sie bitten, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf. Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint!

	meistens	oft	von Zeit zu Zeit/ gelegentlich	überhaupt nicht
v56 Ich fühle mich angespannt oder überreizt.	3	2	1	0

	ganz genau so	nicht ganz so sehr	nur noch ein wenig	kaum oder gar nicht
v57 Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.	0	1	2	3

	ja, sehr stark	ja, aber nicht allzu stark	etwas, aber es macht mir keine Sorgen	überhaupt nicht
v58 Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliche passieren könnte.	3	2	1	0

	ja, so viel wie immer	nicht mehr ganz so viel	inzwischen viel weniger	überhaupt nicht
v59 Ich kann lachen und die lustigen Seiten der Dinge sehen.	0	1	2	3

	einen Großteil der Zeit	verhält- nismäßig oft	von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft	nur gelegent- lich/nie
v60 Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.	3	2	1	0

	überhaupt nicht	selten	manchmal	meistens
v61 Ich fühle mich glücklich.	3	2	1	0

	ja, natür- lich	gewöhn- lich schon	nicht oft	überhaupt nicht
v62 Ich kann behaglich dasitzen und entspannen.	0	1	2	3

	fast immer	sehr oft	manchmal	überhaupt nicht
v63 Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.	3	2	1	0

	überhaupt nicht	gelegent- lich	ziemlich oft	sehr oft
v64 Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.	0	1	2	3

	ja, stimmt genau	ich küm- mere mich nicht so sehr da- rum, wie ich sollte	mögli- cherweise kümmere ich mich zu wenig darum	ich küm- mere mich so viel darum wie immer
v65 Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.	3	2	1	0

	ja, tatsächlich sehr	ziemlich	nicht sehr	überhaupt nicht
v66 Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.	3	2	1	0

	ja, sehr	eher weniger als früher	viel weniger als früher	kaum bis gar nicht
v67 Ich blicke mit Freude in die Zukunft.	0	1	2	3

	ja, tatsächlich sehr oft	ziemlich oft	nicht sehr oft	überhaupt nicht
v68 Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.	3	2	1	0

	oft	manchmal	eher selten	sehr selten
v69 Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio-oder Fernsehsendung freuen.	0	1	2	3

	sehr schlecht	schlecht	eher schlecht	eher gut	gut	sehr gut
v70 Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zurzeit sehen?	1	2	3	4	5	6

11 Somatisierung B-L

11.1 Ich leide unter folgenden Beschwerden ...

	stark	mäßig	kaum	gar nicht
v71 Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsbereich	3	2	1	0
v72 Müdigkeit	3	2	1	0
v73 Gleichgewichtsstörungen	3	2	1	0
v74 anfallsweiser Atemnot	3	2	1	0
v75 Erstickungsgefühl	3	2	1	0
v76 Neigung zum Weinen	3	2	1	0
v77 Appetitlosigkeit	3	2	1	0
v78 Schluckauf	3	2	1	0
v79 Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	3	2	1	0
v80 rasche Erschöpfbarkeit	3	2	1	0
v81 Angstgefühl	3	2	1	0
v82 Leibscherzen (einschließlich Magen- oder Unterleibsschmerzen)	3	2	1	0
v83 Verstopfung	3	2	1	0
v84 Energielosigkeit	3	2	1	0
v85 Gelenk- oder Gliederschmerzen	3	2	1	0
v86 Konzentrationsschwäche	3	2	1	0
v87 kalte Füße	3	2	1	0
v88 Mangel an geschlechtlicher Erregung	3	2	1	0
v89 leichtes Erröten	3	2	1	0
v90 Frieren	3	2	1	0
v91 aufsteigende Hitze, Hitzewallungen	3	2	1	0
v92 trübe Gedanken	3	2	1	0

v93 innere Gespanntheit	3	2	1	0
v94 Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in Händen und/oder Füßen	3	2	1	0

12 Studium

- 12.1 Im Folgenden wollen wir Sie einige Dinge zu Ihren Studienbedingungen fragen. Dabei steht im Vordergrund, was Ihr subjektives Empfinden zu den beschriebenen Äußerungen ist und nicht, wie Studienbedingungen Ihres Faches objektiv zu bewerten sind.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
v95 Ich habe Probleme, mein Studium in Regelstudienzeit abschließen zu können	0	1	2	3
v96 Die Professoren meines Studiengangs scheinen kein Interesse an den Studenten zu haben	0	1	2	3
v97 Die Professoren meines Studiengangs sind schlecht erreichbar, bspw. zur Besprechung von Prüfungen, Hausarbeiten, Problemen etc.	0	1	2	3
v98 Ich habe Probleme Leistungsscheine bestimmter studienrelevanter Veranstaltungen zu bekommen, da diese überfüllt sind oder lange Wartezeiten bestehen	0	1	2	3
v99 Ich habe Probleme Leistungsscheine bestimmter studienrelevanter Veranstaltungen zu bekommen, da die Scheinanforderungen zu hoch gesteckt sind	0	1	2	3
v100 Es ist schwierig, die erforderlichen Praktika in meinem Studienfach zu bekommen	0	1	2	3

- 12.3 Im folgenden Abschnitt möchten wir etwas über Sie und Ihre finanzielle Situation wissen

12.4 Wie würden Sie Ihre finanzielle Situation einschätzen?

	sehr schlecht	schlecht	eher schlecht	eher gut	gut	sehr gut
v101 Wie würden Sie Ihre finanzielle Situation einschätzen?	1	2	3	4	5	6

12.5 Finanzen (mehrere Antworten sind möglich)

		nein	ja
v102	Ich bekomme genügend Bafög, so dass ich nicht arbeiten muss.	0	1
v103	Ich bekomme Bafög, habe aber einen Nebenjob.	0	1
v104	Ich bekomme Unterstützung von meinen Eltern/Großeltern, habe aber einen Nebenjob.	0	1
v105	Meine Eltern/Großeltern unterstützen mich ausreichend, so dass ich nicht arbeiten muss.	0	1
v106	Ich habe einen Nebenjob.	0	1
v107	Ich habe zwei Nebenjobs.	0	1
v108	Ich habe mehr als zwei Nebenjobs.	0	1
v109	Sonstiges (bitte in der nächsten Spalte eintragen)		

12.6 Sonstiges

Ich ...
v110 <i>Eingabe</i>

13.1 Nebenjob

13.2 Mein Nebenjob ...

		nein	ja
v111	... ist eine willkommene Abwechslung neben dem Studium.	0	1
v112	... stresst mich sehr.	0	1
v113	... lässt mir zu wenig Zeit für mein Studium.	0	1
v114	... lässt mir zu wenig Zeit für Erholung und Freizeit.	0	1
v115	Sonstiges		
v116	<i>Eingabe</i>		

14 Freizeit

14.1 Wie verbringen Sie den Großteil Ihrer Freizeit? (Mehrere Antworten sind möglich)

14.2

		nein	ja
v117	Ich treibe Sport	0	1
v118	Ich treffe mich mit Freunden	0	1
v119	Ich lese.	0	1
v120	Ich habe keine Freizeit	0	1
v121	Mit meinen Kindern/meiner Familie.	0	1
v122	Ich gucke Fernsehen/DVD.	0	1
v123	Ich beschäftige mich mit meinem Computer	0	1
v124	Ich lerne	0	1
v125	Sonstiges (bitte in der nächsten Spalte eintragen)		
v126	<i>Eingabe</i>		

15.1

Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben! Oftmals ergeben sich aus den Antworten in Untersuchungen weitere Fragen; Manches soll intensiver untersucht werden. Insbesondere Belastungen und Stress im universitären Kontext spielen dabei eine wichtige Rolle.

Aus diesem Grund suchen wir Studierende (die an dieser Befragung teilgenommen haben) die zu einem kurzen Interview bereit wären. Wenn Sie sich dazu bereit erklären, würden wir Sie bitten, Ihre E-Mail-Adresse anzugeben. Wenn Sie nur am Gewinnspiel teilnehmen möchten, geben Sie bitte auch Ihre E-Mail-Adresse unten an. Sie können sicher sein, dass Ihre Angaben strengstens vertraulich behandelt werden. Die Untersuchung wird nicht im Auftrag Dritter durchgeführt. Keine Daten werden an Dritte weitergegeben! Sie dienen lediglich der wissenschaftlichen Auswertungen, sind mit keiner Gewinnerzielungsabsicht verbunden und werden nach der Untersuchung gelöscht!

Vielen Dank!

15.2

		nein	ja
v127	Ich bin bereit, an einem Interview teilzunehmen.	0	1
v128	Ich möchte am Gewinnspiel teilnehmen	0	1
v129	Meine E-Mail-Adresse		
	<i>Eingabe</i>		

DANKSAGUNG

Da die vorliegende Dissertation der eigenständige Teil einer gemeinschaftlichen Untersuchung von Christian Hammerschmidt und Nora Heine ist, haben wir uns entschlossen, die folgende gemeinsame Danksagung zu verfassen.

Die Dissertation soll damit beginnen, den Personen zu danken, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Allen voran danken wir allen Studierenden, die durch ihre Teilnahme an unserer Onlinebefragung sowie dem Interview die Grundlage der vorliegenden Arbeit bildeten und die keine Mühe und Zeit scheuten, uns Auskunft über ihr Trinkverhalten und ihre psychische Gesundheit zu geben. Ihnen seien die Arbeiten gewidmet.

Unser besonderer Dank gilt Herrn Professor Schulz, der die Betreuung unserer Arbeit übernahm und uns mit Rat und Tat zur Seite stand. Seine Kritik war für uns immer eine Herausforderung und trug zum Gelingen dieses Vorhabens in großem Maße bei.

Weiterhin möchten wir uns bei Herrn Professor Hahlweg für die Übernahme des Zweitgutachtens bedanken.

Da emotionale und technische Unterstützung ebenso wichtig sind wie fachliche, dürfen natürlich auch unsere Freunde und Familien nicht vergessen werden.

Danke André für das Binden der Arbeiten!

Dank an alle, die durch das Korrekturlesen unbemerkte Fehler und Unstimmigkeiten zu beheben halfen!

Abschließend gilt das größte Dankeschön unseren Eltern Christel, Jörg und Harald!

Ihnen und Euch gilt unser tief empfundener Dank!

Abschließend sei angemerkt, dass uns, trotz manch stürmischer Zeit, auch viele Momente der Freude, der Zufriedenheit und des Spaßes bei der gemeinsamen Untersuchung verbunden haben. Das Gelingen der Arbeiten in dieser Form, ohne den jeweils anderen, seine/ihre Ermutigungen, Hilfestellung, Zuversicht, ... wäre sicherlich so nicht realisierbar gewesen.